

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

DES

RÉSULTATS CLINIQUES ET SCIENTIFIQUES

Obtenus avec les injections sous-cutanées de sublimé à petites doses

DANS L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS

Par LIÉGEOIS,

Chirurgien de l'hôpital du Midi.

En publiant ce travail, je me propose d'appeler l'attention sur les services qu'il est permis d'espérer de l'emploi de la méthode hypodermique appliquée à la syphilis. Quoique mes recherches dans cette direction datent de dix-huit mois et portent sur plus de trois cents observations, j'aurais ajourné encore la publication des résultats obtenus jusqu'ici et attendu du temps la consécration de mes espérances sur l'efficacité de la méthode, telle que je l'ai employée, si le problème de l'action des mercuriaux ne s'était en quelque sorte naturellement imposé à moi, et ne m'avait engagé dans une voie d'in-

vestigation toute particulière sur laquelle je désirerais surtout appeler aujourd'hui l'attention.

HISTORIQUE DE LA MÉTHODE HYPODERMIQUE APPLIQUÉE A LA SYPHILIS.

D'après une remarque de Zeissl (1), ce serait Hébra et Ch. Hunter qui, les premiers, auraient expérimenté la méthode hypodermique dans la syphilis. Ils auraient observé tous deux qu'au pourtour des parties injectées les éruptions syphilitiques disparaissaient plus rapidement que dans les points de la peau plus éloignés. Hébra employait à chaque injection douze gouttes d'une solution de 1 gramme de sublimé dans 15 grammes d'eau. Ch. Hunter a pratiqué des injections à une jeune fille de vingt et un ans avec une dissolution contenant 1 gramme par drachme d'eau distillée. Il a pu injecter de cette façon 25 grammes de sublimé, sans déterminer de salivation.

En 1864, Scarenzio (2), chef de clinique de l'Université de Pavie, a employé cette méthode dans l'espoir de préserver les voies digestives du contact irritant du mercure. S'appuyant sur l'autorité de Miahle, de Petenkoffer, etc., cet auteur conclut que le calomel introduit dans l'économie se transforme en bichlorure, sous l'influence des chlorures alcalins du sang. Il rejette complétement le bichlorure, parce que celui-ci est corrosif et peut déterminer sur son passage des inflammations gangréneuses ; c'est la raison pour laquelle il donne la préférence au calomel à la vapeur. Il emploie 20 à 30 centigrammes de cette substance suspendue dans 1 à 1 gramme 1/2 d'eau, de glycérine ou d'une solution gommeuse.

Scarenzio choisit comme lieu d'élection les jambes, les

(1) *Lehrbuch der constitutionellen Syphilis.* Erlangen, 1864, secte 381. — Eulenburg, *Die hypodermatischen injectionen der Arzneimittel*, 2e Auflage. Berlin, 1867.

(2) Scarenzio, *Ann. univ. di med.*, septembre 1864.

cuisses, mais de préférence les bras. Sur huit malades atteints d'affections syphilitiques graves, sept ont été guéris par deux ou trois injections pratiquées à un jour d'intervalle. Dans un cas, le procédé a été sans succès. Peu après les injections, survenaient chez chaque malade des abcès ; ces abcès guérissaient facilement ; la salivation ne s'est présentée qu'une seule fois, vingt jours après l'injection, et se montra rebelle à l'action spécifique du chlorate de potasse.

Scarenzio fut suivie dans la voie qu'il avait tracée par Ambrosoli (1), de Milan. Sur 16 malades, cet auteur aurait obtenu 14 guérisons, dont 3 récidives, il aurait eu 2 insuccès. Cette méthode fut aussi essayée avec avantage par les docteurs italiens Riccordi et Monteforte.

En 1866, Barclay Hill, en Angleterre, employa les injections sous-cutanées de sublimé snr onze individus atteints de syphilis constitutionnelle. La quantité de ce sel employée chaque fois fut d'environ 1 centigramme. Quand on outrepassait cette dose, les malades éprouvaient des coliques et de la diarrhée, et l'endroit injecté demeurait douloureux pendant un certain temps. Une seule fois, on a vu se développer des pustules au niveau de la piqûre. Chez quatre sujets, 6 centigrammes de sublimé produisirent l'hydrargirie.

Le docteur Georges Lewin, de Berlin, est sans contredit l'auteur qui a étudié la méthode hypodermique sur la plus vaste échelle ; il me paraît de plus être le seul qui, jusqu'ici, l'ait presque généralisé dans sa pratique particulière et hospitallère. Les résultats de ses recherches sont publiés dans un volumineux ouvrage composé presque exclusivement d'observations disposées en tableaux (2). Lors de son entrée, en qualité de professeur, à l'hôpital de la Charité, Lewin succédait à Bœrensprung qui, d'abord mercurialiste, avait abandonné

(1) *Giornale delle mal. ven.*, n° 1.
(2) Georges Lewin, *Ueber Syphilisbehandlung mit hypodermatischer Sublimatinjection nebst epihritischen Bermerkungen.*

depuis 1858, les préparations hydrargyriques pour leur substituer le traitement par les sudorifiques. Animé du désir d'essayer la méthode hypodermique, et de faire surtout usage du sublimé, il trouva dans son hôpital des difficultés de tout genre. Les malades se refusaient aux injections, détournés qu'ils étaient par les infirmiers, qui ne pouvaient se résoudre à taire à ceux-ci les attaques de Bœrensprung dirigées contre le mercure. La plupart des médecins, élèves de son prédécesseur, opposaient sans cesse à Lewin des objections de tout genre sur la méthode; de plus, les premières injections, pratiquées avec des doses un peu fortes, donnèrent lieu très-fréquemment à des abcès, des ulcères; si bien, qu'au début même de ses tentatives, Lewin, désespéré des récriminations faites à son traitement, le délaissa. Mais, malgré les accidents locaux qu'il avait déterminés, les malades qui avaient été soumis aux injections avaient guéri d'une façon tellement surprenante, qu'il eut bientôt le regret d'avoir abandonné la méthode, et bientôt il se remit à l'œuvre. Ses nouveaux essais furent suivis cette fois du plus grand succès, et Lewin vit bientôt se rallier à lui un certain nombre de médecins qui avaient été précédemment ses détracteurs. De 1865 à 1868, 700 malades (144 hommes, 556 femmes) ont été mis aux injections hypodermiques de sublimé. La dose de sublimé qu'il injectait était de 0,006 pour 1 gramme d'eau distillée chez la femme, elle était de 13 milligrammes chez l'homme; mais la dose a été poussée quelquefois jusqu'à $0^{gr},025$ et plus. $0^{gr},15$ était la dose moyenne pour tout le traitement. Cet auteur a encore employé en injections l'albuminate de mercure et l'iodure de mercure, mais il a renoncé à ces deux substances, en raison de la forte irritation qu'elles provoquaient dans les parties injectées. Les avantages que Lewin reconnaît à son procédé sont les suivants : 1° La facilité de l'exécution de l'injection; 2° la rapidité de la disparition des accidents syphilitiques (15 à 20 jours), rapidité d'autant plus grande, que les doses sont plus élevées;

3° la sûreté et la précision des résultats ; deux formes seulement de syphilis ont été rebelles à son traitement, la syphilis des os et la syphilis cérébrale ; 4° le nombre relativement faible des récidives (25 p. 100), et la bénignité des accidents récidivés. Quant aux inconvénients, l'auteur signale la douleur au niveau du point injecté, la possibilité d'abcès 2 à 3 pour 100, la salivation assez fréquente, mais non cependant plus fréquente que dans les autres traitements mercuriels dirigés contre la syphilis.

Le procédé de Lewin a déjà fixé l'attention d'un grand nombre de médecins. Elle a été tout d'abord le sujet d'une thèse inaugurale remarquable de Paul Richter (1), élève du célèbre syphilographe prussien. Le docteur Doblic, chirurgien militaire autrichien, a publié dans le presse médicale de Vienne un article dans lequel il vante beaucoup la méthode de Lewin, seulement il n'apporte à l'appui qu'une seule observation. Le docteur Axil Hirtel, de Copenhague, m'a rapporté qu'il avait vu à Vienne, Hébra injecter le sublimé, ainsi que Viederhoffer. Ce dernier l'emploie chez les enfants en bas-âge à la dose de 2 milligrammes.

Le docteur Ch. Bœse (*Dissert. inaug.*, Marburg, 1868) injecta, par jour, et deux fois, 1 centigramme de sublimé dissous dans 25 centigrammes d'eau. La dose nécessaire pour la guérison fut environ de 60 centigrammes, dose plus forte que celle de Lewin (15 centigrammes). 18 malades ont été soumis à ce traitement. En huit jours, la forme exanthémateuse disparaissait après l'usage de 18 centigrammes ; les ulcérations pharyngienne buccales guérissaient en vingt-trois jours, après l'emploi de 46 centigrammes de sublimé. Les plaques muqueuses cédaient en trente jours avec 60 centigrammes de sublimé. Il n'y eut d'abcès qu'une fois, de la salivation que deux fois.

(1) P. Richter, *Ueber die neueste Anwendung des Quecksilbers gegen die Syphilis, vermittelst Subcutanezinjectionen.* Inaug. dissert. Berlin, 1867.

Le docteur Klemm (*Inaug. Dissert.*, Leipsig, 1869) s'est servi de la dose de 5 milligrammes à 7^{mm},3. Les résultats ont été à peu près les mêmes que ceux de Lewin.

Le docteur A. Merscheim (*Inaug. dissert.*, Bonn, 1868) a traité 18 syphilitiques par les injections de sublimé. Ce médecin injectait au début 2 milligrammes, puis successivement 3, 4. Il a été jusqu'à 1 centigramme. L'injection était répétée deux fois par jour. Des abcès, de vives douleurs au niveau des points injectés, des troubles digestifs, seraient survenus et contrebalanceraient, selon Merscheim, les avantages que la méthode présente au point de vue de la sûreté et de la précision.

Le docteur Grünfeld (1) a rapporté 50 observations prises à la clinique de Sigmund sur des syphilitiques traités par la méthode de Lewin. Les injections ont été faites à la dose de 7^{mm}, 5 de sublimé une fois par jour. La quantité nécessaire pour la guérison a été de 19^{c}, 2, quantité un peu plus forte que celle de Lewin (15 centigrammes). Le docteur Grünfeld signale comme symptômes produits par l'injection, une sensation de brûlure plus ou moins vive, une rougeur locale, l'apparition de vésicules sous-hypodermiques, d'abcès (deux fois). La stomatite serait survenue dans 20 pour 100 des cas, moins fréquemment que chez les sujets observés par Lewin. Quelques jours après e début des injections, on remarque une amélioration dans les manifestations secondaires de la syphilis; les syphilides maculeuses disparaissent en huit jours, les papuleuses en trois semaines, le psoriasis en quatre, les syphilides pustuleuses en cinq ou six semaines. Les ulcérations du larynx et du pharynx s'améliorent très-rapidement. La durée moyenne du traitement a été de trente jours, chiffre bien supérieur à celui de Lewin (seize à vingt), ce que l'auteur attribue à la gravité plus grande des symptômes chez les malades traités à Vienne;

(1) Grünfeld, *Wiener medizin. Presse*, 1869.

toutefois, selon Grünfeld, cette durée n'est ni plus ni moins grande que celle de la syphilis traitée par la méthode des frictions. En résumé, pour le docteur Grünfeld, la méthode des injections sous-cutanées de sublimé présente sur toutes les autres l'avantage de la précision dans les doses, et l'emploi du sublimé ; aucune méthode ne peut lui être comparée en rapidité, en sûreté, nulle ne diminue mieux les chances de récidives, mais il insiste sur ce fait, que la douleur liée au traitement, la possibilité d'abcès, doivent être mises en parallèle avec les avantages précédents. Aussi le docteur Grünfeld ne croit pas que la méthode hypodermique doive remplacer la méthode des frictions. Cependant elle est indiquée dans tous les cas où le traitement interne, où les frictions ne sont pas applicables.

Enfin le docteur Stöhr (1) a traité 90 malades par la méthode Lewin. Cet auteur paraît avoir varié ses doses, de 7 à 12 milligrammes et même 25 milligrammes. Il signale comme accidents la diarrhée sanguinolente, un affaiblissement considérable du sujet, de la fièvre. La durée moyenne du traitement chez ses sujets aurait été de vingt-trois jours, au lieu de vingt-cinq jours pour les malades traités par les frictions. La dose moyenne aurait été de 15 centigrammes de sublimé, comme celle de Lewin. Les injections, au dire de l'auteur, réussiraient rapidement dans les affections squameuses, ulcéreuses, pustuleuses. Les récidives seraient comparables à celles des autres méthodes de traitement. Et l'auteur conclut : « L'emploi des injections sous-cutanées de sublimé pour la guérison des accidents syphilitiques est la méthode de traitement la plus surfaite et la moins praticable qui ait été pratiquée (2). »

Le congrès médical international de 1867 amena Lewin

(1) Stohr, *Deutsches Archiv für Klin. Medicin*, 25 mars 1869.

(2) Les notions historiques se rapportant à Bœse, Klemm, Merscheim, Grünfeld, Stöhr, sont empruntées à Hénocque (*Gaz. hebdom.*, n° 23, juin 1869).

en France. Malgré une note qu'il présenta à l'Académie à cette époque, malgré tous les efforts que fit cet auteur pour entraîner la conviction dans l'esprit des médecins français avec lesquels il se trouva en rapport, son procédé n'eut parmi nous aucun retentissement. M. Hardy cependant, qui faisait partie d'une commission nommée par l'Académie de médecine pour apprécier la valeur de la méthode de Lewin, l'employa à l'hôpital Saint-Louis, mais sans succès, sans doute, car il paraît l'avoir abandonnée après quelques mois. M'étant rencontré avec Lewin, l'enthousiasme qu'il mettait à prôner son procédé m'engagea à l'appliquer; à partir du 15 octobre 1867, jusqu'au 1er janvier 1868, je l'employai à Lourcine; je dirai plus loin les raisons qui m'ont engagé à l'abandonner d'abord, à le modifier ensuite.

Alors que je poursuivais mes recherches à ce sujet, M. Aimé Martin essayait de son côté la méthode hypodermique en se servant d'un sel de mercure qui jusqu'ici n'avait point encore été employé en injections. En septembre 1868, cet auteur lut à la Société de médecine un travail comprenant trois observations, par lesquelles il cherche à prouver l'efficacité du biiodure d'hydrargire. Une injection contenait 4 centigrammes de ce sel pour 1 gramme d'eau distillée; trois ou quatre injections suffisaient pour la guérison.

Le 4 janvier 1869, le docteur Oscar Max Van Mons rappelait le souvenir du traitement de Scarenzio en lisant à la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles six observations de guérison par ce traitement.

Tout récemment, le 18 avril 1869, le docteur Bricheteau (1) a préconisé pour le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées l'iodure double de mercure et de sodium, à la dose de 5 milligrammes à 1 centigramme diluée dans un gramme d'eau. Mais cet auteur n'apporte aucune preuve à

(1) Bricheteau, *Bulletin général de thérapeutique*, 15 avril 1869.

l'appui de l'efficacité de ce sel. Il pense, toutefois, qu'il sera plus avantageux que les autres sels proposés jusqu'ici, en raison de sa solubilité et de son action peu irritante.

Disons enfin que MM. Mallez et Pouillet (1) ont en commun employé avec succès la méthode des injections de sublimé telle que je l'ai modifiée. J'ai appris aussi par un malade traité à l'hôpital de Strasbourg que la méthode des injections avait été mise en usage dans les salles de vénériens. En Angleterre, la méthode hypodermique appliquée à la syphilis paraît aujourd'hui complétement délaissée, au dire, du moins, d'un jeune docteur de Naples, qui, sur ma demande, a bien voulu, lors d'un voyage scientifique dans ce pays, faire une enquête sur ce point.

D'après cet historique, on voit donc que la méthode des injections hypodermiques appliquée à la syphilis a été pratiquée en employant des sels mercuriels différents, calomel, sublimé, protoiodure, biiodure, albuminate de mercure. On voit aussi qu'en faisant abstraction de la substance employée, elle a varié au point de vue des doses de substance employée. Sous ce dernier rapport elle comprend deux procédés, l'un que l'on peut appeler procédé à fortes doses, dans lequel on emploie pour chaque injection une quantité considérable de sel mercuriel (20 centigrammes de calomel, 4 centigrammes de biiodure), l'autre que l'on peut appeler procédé à dose moyenne, dans lequel on emploie chaque jour une dose de sel mercuriel qui jusqu'ici a toujours été le sublimé, variant de 7 milligrammes à 1,2 centigrammes. Le premier procédé nécessite pour la guérison seulement deux ou trois injections, le second en nécessite un plus grand nombre, de seize à trente jours. Celui que j'ai employé à l'hôpital du Midi et sur lequel je vais bientôt m'étendre sera appelé à juste titre procédé à dose faible.

(1) Voy. *Courrier médical*, 13 mars 1869.

Comme je l'ai dit, il y a un instant, dans mes premiers essais à Lourcine, je suivis exactement les conseils de Lewin. La quantité de sublimé injectée fut de 6 milligrammes dissous dans 1 gramme d'eau (le contenu d'une seringue de Pravaz) ; une seule injection était pratiquée chaque jour. 18 femmes furent traitées de cette façon ; celles-ci furent choisies parmi celles qui possédaient les accidents secondaires les plus graves. Aucun traitement local n'a été fait, et toutes ces femmes, au bout de 16 à 20 injections, furent délivrées de leurs accidents secondaires et à même de quitter l'hôpital. Mais, parmi ces sujets, 6 ont eu des abcès suivis d'escarres au nombre de 2, 6, 8, et plus chez chacune. 5 ont eu des stomatites assez rebelles pour qu'on dût suspendre le traitement pendant un certain nombre de jours ; 2 ont eu des stomatites légères qui n'ont point empêché de continuer les injections (1). Quittant, le 15 décembre 1868, Lourcine, pour prendre un service du Midi, j'étais, je l'avoue, singulièrement refroidi à l'égard du procédé de Lewin. Ces abcès, ces escarres, ces salivations, ajoutons les vives douleurs provoquées par les injections, m'avaient inspiré, dans les derniers temps de mon séjour à l'hôpital des vénériennes, une telle frayeur, que j'étais bien décidé à renoncer à la méthode. Mais je passai bientôt par les mêmes regrets que Lewin dans ses débuts. Ces guérisons en quelque sorte merveilleuses, obtenues en deux ou trois semaines dans des cas de syphilis grave, me revenaient sans cesse à l'esprit, et, le 15 janvier, je reprenais la seringue de Pravaz, bien décidé à essayer toutes les dilutions possibles, afin d'en trouver une qui, à la fois, mît à l'abri des accidents locaux, à la fois guérît la syphilis. Après plusieurs essais, je reconnus que mon but était atteint, en employant la dose de 5 milligrammes dissous dans 2 grammes d'eau (contenu

(1) On trouvera huit de ces observations dans la thèse de M. Piquand (*Influence de la syphilis des générateurs sur la grossesse*. Paris, 1868).

de deux seringues de Pravaz ordinaires), deux injections successives étant faites chaque jour. Afin, dans les premiers temps, de m'assurer que les guérisons que j'obtenais étaient bien réellement dues à mon traitement, je laissais au régime ordinaire de l'hôpital, sans employer aucune médication, des sujets atteints de syphilis, dans le but de les comparer aux sujets qui recevaient des injections; or, tandis que la position des premiers malades s'aggravait, celle des seconds s'améliorait rapidement. Inutile de dire que, dans ces expériences comparatives, j'eus soin de choisir des syphilitiques placés à peu près dans les mêmes conditions morbides. Une fois sûr de l'innocuité et de l'efficacité du procédé, je résolus de mettre à l'écart tous les autres moyens qui pourraient influencer dans un sens ou dans un autre les résultats de la méthode. Et pour cela, du 15 janvier au 1er décembre 1868, je pratiquai des injections sur une série de sujets choisis parmi les plus gravement atteints de syphilis, et chez lesquels aucun traitement local ne fut employé, ni lotions, ni bains, ni cautérisations. Parmi ces sujets, quelques-uns seulement, dans un but comparatif, furent mis au fer et au quinquina, en même temps qu'aux injections, tous les autres furent soumis seulement au régime ordinaire de l'hôpital. Quant aux malades atteints d'accidents légers, ceux-ci furent traités par le protoiodure de mercure ou la liqueur de van Swieten ; chez ces sujets, il ne fut employé non plus ni tonique, ni médication locale. Depuis le 1er décembre 1868, j'adjoins aux injections sous-cutanées un traitement local des accidents. Je mets un certain nombre de sujets aux frictions mercurielles, à la liqueur de van Swieten et au protoiodure d'hydrargyre à petites doses. Je ne m'occuperai presque exclusivement que des résultats obtenus en 1868, laissant pour une publication ultérieure mes résultats de 1869.

MODE D'APPLICATION ET RÉSULTATS GÉNÉRAUX DE LA MÉTHODE.

Je me suis servi de la seringue de Pravaz ordinaire ou d'une seringue modifiée seulement au point de vue de sa capacité ; au lieu de contenir 1 gramme de liquide, elle en contenait deux. Tous mes sujets ont reçu le matin, après ou pendant la visite, deux injections de 1 gramme chaque. La formule du liquide injecté a été la suivante :

Eau distillée..............	90 grammes.
Sublimé...	20 centigrammes.
Chlorhydrate de morphine....	10 centigrammes.

Ce qui fait par gramme, par injection, environ 2 milligrammes 1/2 de sublimé. En général, les injections ont été faites dans le tissu cellulaire du dos, l'une à droite, l'autre à gauche, et à une certaine distance l'une de l'autre. Mais on peut les faire, sans aucune crainte, dans toutes les régions du corps où la piqûre d'une grosse veine n'est pas à redouter. La seule précaution à prendre quand on fait l'injection, c'est de bien s'assurer que le bec de la canule ne s'est pas arrêté dans le derme. La canule étant retirée, une mince couche de collodion est étalée sur la piqûre pour empêcher l'issue au dehors du liquide.

Pendant tout le temps de leur traitement, les malades ont été parfaitement libres de rester au repos ou de se promener dans les cours de l'hôpital. Le régime a été le régime le plus habituel, 4 degrés. Non-seulement aucun traitement local n'a été fait, mais, j'ai même évité de donner des conseils pour les soins de propreté, voulant autant que possible éliminer toute cause qui pourrait favoriser mon traitement, et rendre, par cela même les résultats contestables. Je n'ai pas même empêché les malades de fumer, cause si efficace pour faire apparaître

ou pour faire persister les plaques muqueuses des lèvres, de la bouche et de la gorge.

Quand l'injection est pratiquée, dans la grande majorité des cas, les malades ressentent une légère douleur ; le plus souvent à la sixième, la huitième injection, elle disparaît ou diminue dans des proportions telles, qu'ils n'y font plus attention. Généralement la douleur cesse deux ou trois heures après l'injection. Exceptionnellement, la douleur acquiert un certain degré d'intensité et de durée; plusieurs fois il m'a été permis de constater combien l'imagination pouvait l'exagérer. 3 sujets sur 176 ont eu des lypothymies à la première injection. Mais cet accident était moins causé par la douleur que par la frayeur de la petite opération, car le lendemain, alors que le moyen leur parut moins effrayant que la veille, la douleur existait à peine, et, les jours suivants, elle n'était plus accusée.

Les sujets comparent cette sensation douloureuse à celle produite par une forte pression ; elle n'est point cuisante ni lancinante. Elle a comme caractère particulier de s'irradier quelquefois dans le bras du côté correspondant, quand, toutefois, l'injection est faite à la partie supérieure du dos.

Après que l'injection a été poussée, le liquide qui s'accumule au pourtour du point où il a été déposé, et qui forme en ce point une petite saillie fluctuante, est résorbé insensiblement, et, au bout de deux ou trois heures, toute trace de sa présence a disparu, sans avoir déterminé aucune réaction inflammatoire, ni rougeur, ni chaleur. Deux fois seulement la canule de la seringue s'étant arrêtée dans le derme, il en est résulté une dermite qui a été suivie d'une ulcération très-limitée. Quelquefois, le tissu cellulaire peut présenter un certain degré d'induration ; ce fait arrive quand plusieurs injections sont pratiquées au même point, à un ou deux jours d'intervalles ; j'ai pu le constater à la face interne de la cuisse, alors que je renouvelais au même endroit les injections dans un but expérimental. La

seule région où les injections sous-cutanées ont donné lieu à une inflammation avec suppuration est la région pénienne. Deux fois, j'ai poussé l'injection dans cette partie au-dessous de chancre indurés, et chaque fois j'ai eu un abcès. Je dois dire aussi que dans deux cas où le hasard a conduit la canule dans de petits lipômes du dos, ceux-ci ont été pris d'une légère inflammation avec gonflement, chaleur et rougeur, inflammation qui s'est terminée rapidement par la résolution.

La stomatite a été notée dans mes observations comme un fait très-exceptionnel. Quatre fois seulement, sur nos 218 sujets (1,83, p. 100), elle est survenue : chez l'un au bout de 14 injections, chez un autre au bout de 26, chez un autre au bout de 4, chez un autre après la deuxième. Remarquons que, sur ces 4 sujets, les deux premiers avaient été soumis à un traitement mercuriel antérieur ; quant aux deux derniers cas, ils ne constituent qu'une preuve à l'appui de l'extrême susceptibilité de certains individus à l'action spécifique des préparations mercurielles, à quelques doses qu'on les donne, sur la muqueuse buccale. Dans ces quatre cas, la stomatite a été des plus légères, elle avait disparu au bout de quatre à cinq jours avec le chlorate de potasse; les injections n'ont pas pour elle été interrompues une seule fois.

Dès la dixième, la douzième injection, c'est-à-dire au bout de cinq à six jours, les malades accusent une amélioration sensible dans leur état général, s'ils sont atteints de lassitude, de courbature, de céphalalgie, accidents assez rares chez l'homme, et dans l'état local de leurs accidents. L'amélioration survient plus rapidement dans les plaques muqueuses que dans les syphilis, en général vers le cinquième, sixième jour; quelquefois ce n'est qu'au quizième, vingtième jour que ces dernières commencent à pâlir; pour les syphilides à tissu dur corné, il faut attendre quelquefois trente à trente-cinq jours.

Rarement, après cinq ou six jours de traitement les accidents

qui existent augmentent d'intensité; plus rarement encore des formes nouvelles de manifestations syphilitiques secondaires apparaissent.

Pendant que les accidents cutanées s'atténuent, la santé est toujours des meilleures; l'appétit est vif, beaucoup de sujets se plaignent d'une insuffisance de nourriture, les digestions sont irréprochables, les selles normales, le visage se colore, les forces s'accroissent sensiblement ; dans l'immense majorité des cas, l'embonpoint augmente d'une façon notable. Cet embonpoint paraît dû, chez la plupart des sujets, à l'augmentation générale du corps, et non à la quantité plus considérable du tissu adipeux. Enfin, la sécrétion rénale, comme nous le verrons plus loin est d'une activité très-grande.

STATISTIQUES.

Un des avantages du procédé des injections à petites doses, avantage sur lequel je ne reviendrai plus, c'est qu'il permet de savoir exactement la quantité de sel mercuriel qui pénètre dans l'organisme, et qui concourt à la guérison de la syphilis, ce que l'on ne peut connaître, avec aucun autre procédé. Ainsi, quand on injecte pour la guérison totale d'un malade 20 centigrammes de sublimé, par exemple, on est certain que les 20 centigrammes ont passé tout entier dans le torrent circulatoire.

Cet avantage se rapporte aussi au procédé de Lewin, à la condition cependant qu'il n'y ait pas d'escarres pendant la durée du traitement. Au contraire, avec le protoïodure de mercure, la liqueur de Van Swieten, les frictions mercurielles, il est impossible de savoir quelle quantité de substance pénètre et parcourt l'organisme.

Cet avantage de la précision des doses entraîne avec lui celui de pouvoir dresser des statistiques partielles, dont la valeur scientifique pour l'avenir me semble incontestable.

Mes statistiques comprendront donc : 1° une statistique générale portant sur tous les malades atteints d'accidents secondaires, traités par le sublimé à petite dose ;

2° Des statistiques partielles portant sur les mêmes malades mais placés dans des conditions thérapeutiques différentes, *a.* une première série de sujets avaient subi un traitement mercuriel un certain temps avant leur entrée à l'hôpital ; *b.* une autre série de malades mis lors de leur entrée au traitement par le protoiodure, ou la liqueur, ou les toniques, avaient sur leur demande subi ensuite les injections hypodermiques ; *c* une troisième série de sujets vierges de tout traitement mercuriel antérieur ont été mis simultanément aux injections et aux toniques ; *d* enfin, une quatrième série de malades vierges aussi de tout traitement mercuriel antérieur avaient été mis exclusivement aux injections de sublimé ;

3° Une statistique partielle portant sur les malades qui avaient subi le traitement exclusif des injections, mais placés dans des conditions physiologiques ou morbides particulières, telles que conditions d'âge, de nature, de durée des accidents, de date de l'incubation du chancre, de date du chancre.

Statistique générale. — 196 malades atteints d'accidents secondaires ont été mis aux injections de sublimé, 3 atteints d'accidents tertiaires ont subi le même traitement, 11 ont été mis aux injections préventives, 8 ont refusé le traitement au bout de deux à huit jours. Total, 218 malades ayant eu des injections.

Je ne m'occuperai ici que des 196 malades atteints de lésions secondaires.

Le tableau n° 1 contient les résultats obtenus au point de vue de la guérison ou de l'amélioration, au point de vue des guérisons stables et des récidives jusqu'au 1er décembre 1868 ; il contient enfin le nombre moyen des injections qui ont été nécessaires pour la guérison ou l'amélioration.

TABLEAU N° 1.

Traitements divers.	Répartition des malades en guéris et améliorés.			Nombre moyen d'injections.	Récidives. totales.	Récidives. pour 100.	Nombre total des malades.
			p. 100				
Résultats généraux des injections hypodermiques de sublimé..	Guéris....	127	64,80	68,50	12	9,45	196
	Améliorés.	69	35,20	50,50	14	20,30	

Je dois dire ici quels sont les malades que je range parmi les améliorés. J'y place tous ceux chez lesquels les accidents secondaires n'avaient pas disparu complétement à leur sortie de l'hôpital. Ne persisterait-il qu'une plaque muqueuse même sèche, quelques papules, quelques pustules même prêtes à disparaître, je ne considère pas ces malades suffisamment guéris pour qu'ils puissent entrer en ligne de comparaison avec ceux chez lesquels tous les accidents ont disparu.

Sans aucun doute, ces malades, très-améliorés, sont moins exposés aux récidives que les sujets qui, n'ayant subi qu'un traitement de quelques jours, n'ont obtenu qu'une amélioration plus ou moins manifeste ; mais, à moins de faire de ces derniers une catégorie à part, ce qui serait fort difficile pour certains cas intermédiaires, il me paraît préférable de les ranger avec les premiers dans un même groupe, duquel la méthode n'est nullement responsable. On ne peut évidemment mettre sur le compte de celle-ci le fait de récidives survenues chez des sujets qui, pour une cause ou pour une autre, l'abandonnent.

Les améliorés par conséquent me paraissent être, pour l'appréciation d'une méthode, d'une importance fort accessoire, excepté cependant pour la question de savoir si leur nombre n'excède pas le nombre de ceux traités par d'autres moyens, dans lequel cas, cette catégorie de malades, serait à la charge de la méthode. C'est là un point que j'examinerai plus tard.

Statistiques partielles portant sur les sujets placés dans des conditions thérapeutiques spéciales.— Le tableau n° 2, calqué pour la forme sur le tableau n° 1, renferme les résultats obtenus par les injections hypodermiques sur nos sujets, suivant qu'ils ont été soumis ou non à un traitement antérieur ou simultané.

TABLEAU N° 2.

Traitements divers.	Répartition des malades en guéris et améliorés.			Nombre moyen d'injections.	Récidives.		Nombre total des malades.
			p. 100		totales.	pour 100.	
Malades traités avant leur entrée par les mercuriaux	Guéris ...	33	68,75	60,75	2		48
	Améliorés.	15	31,25	54	1	6,66	
Malades mis à divers traitements à leur entrée (toniques ou mercuriaux), traités ensuite par les injections	Guéris ...	8	57,14	61,25	3	37,50	14
	Améliorés.	6	42,85	48,22	2	33,33	
Malades mis aux injections de sublimé et aux toniques......	Guéris ...	8	61,53	63	1	12,50	13
	Améliorés.	5	38,46	85,40	1	20	
Malades mis aux injections seulement....	Guéris ...	78	64,46	74,10	6	7,69	121
	Améliorés.	43	35,53	60,81	10	23,25	

Il résulte de cette statistique que les malades placés dans les diverses catégories indiquées par le tableau se trouvent dans des conditions toutes particulières qui modifient les résultats pour chaque catégorie, tant au point de vue du nombre des injections nécessaires pour la disparition des accidents secondaires, qu'au point de vue des récidives survenues après la guérison. Le nombre d'injections nécessaires pour obtenir la guérison de ces accidents est plus considérable, d'abord, chez les sujets qui ont été mis exclusivement aux injections de sublimé (74 injections), puis après viennent ceux qui ont été mis simultanément aux injections et aux toniques (63 injections). Puis ceux qui ont été traités à leur entrée par les mer-

curiaux et les toniques avant de subir les injections (61 injections). Enfin viennent ceux qui ont subi un traitement avant leur entrée pendant un temps plus ou moins long (60 injections).

Mais si l'on considère le rapport qui existe entre les récidives dans ces divers cas, il ne s'accorde plus avec le rapport précédent. En effet, les malades qui ont fourni le plus de récidives sont ceux qui ont subi un traitement mercuriel ou tonique à leur entrée (37,50 pour 100), c'est-à-dire ceux qui n'ont eu que 61 injections; puis viennent ceux qui ont été traités à la fois par les injections et les toniques (12,50 pour 100), c'est-à-dire ceux qui ont reçu 63 injections; puis viennent ceux qui ont été traités par les injections seules sans avoir subi ni avant ni en même temps d'autres traitements (7,69 pour 100), c'est-à-dire ceux qui ont reçu 74 injections; enfin viennent ceux qui un certain temps avant leur entrée ont subi un traitement mercuriel antérieur (6 pour 100), c'est-à-dire ceux qui ont reçu 60 injections.

Par conséquent, un traitement mercuriel avant l'entrée, un traitement mercuriel et tonique à l'entrée, un traitement tonique fait simultanément avec les injections hypodermiques favorisent la rapidité d'action de ces dernières pour faire disparaître les accidents secondaires, mais aussi ces divers traitements exposent plus que le traitement exclusif par les injections à la récidive, à part le cas des sujets ayant subi extérieurement un traitement mercuriel, fait qui s'explique par l'atténuation de la syphilis sous l'influence de ce traitement, vierges de tout traitement extérieur.

Statistiques partielles portant sur les sujets guéris par les injections de sublimé seules, et placés dans des conditions physiologiques et morbides distinctes. — Le tableau n° 3 renferme les résultats obtenus chez des sujets placés dans ces conditions.

TABLEAU N° 3.

Influences diverses.	Répartition des sujets observés.		Nombre moyen d'injections.	Récidives. totales.	Récidives. pour 100.	Nombre total des sujets observés.
Influence de l'âge.....	De 10 à 20 ans.	7	70,33	»	»	68
	De 20 à 30 ans.	45	68,95	3	6,66	
	De 30 à 40 ans.	16	65,12	3	18,75	
Influence de la nature des accidents secondaires............	Roséole seule....	8	62,75	»	»	78
	Plaques muqueuses	27	64,73	3	11,11	
	Syphilides papuleuses..........	15	66,53	1	6,66	
	Plaques muqueuses et autres accidents........	24	81,33	1	4,16	
	Plaques muqueuses de la gorge seules	4	54,50	1	25	
Influence de la durée des accidents secondaires à partir de leur apparition jusqu'à l'instant où les injections ont été faites.........	De 1 à 15 jours.	8	55,25	4	50	47
	De 15 à 25 —	14	68,71	»	»	
	De 25 à 35 —	9	69,77	1	11,11	
	De 35 à 45 —	0	»	»	»	
	De 45 à 55 —	6	67,33	1	16,16	
	De 55 à 65 —	6	77	»	»	
	De 65 et au delà...	4	79,50	»	»	
Influence de l'incubation du chancre.........	De 1 à 10 jours.	5	63,20	»	»	17
	De 10 à 20 —	4	79,50	»	»	
	De 20 à 30 —	2	43	»	»	
	De 30 à 40 —	3	91,66	»	»	
	De 40 à 120 —	3	86,66	»	»	
Influence de la date du chancre...........	5 ans.	98 inject.	Moyenne des injections 84,50			6
	18 mois	100 —				
	12 —	44 —				
	6 —	100 —				
	6 —	100 —				
	6 —	65 —				

De cette statistique, il résulte : 1° Qu'il faut d'autant plus d'injections que le sujet est plus jeune, mais les récidives sont d'autant plus assurées que le sujet est plus âgé.

2° Les sujets qui réclament le moins d'injections sont ceux qui n'ont que des plaques muqueuses de la gorge, toutefois le nombre de ces sujets observés (4) est trop peu considérable pour qu'on attache à ce résultat une grande importance. Après ces sujets, viennent ceux atteints de roséole, puis ceux atteints de pla-

ques muqueuses, puis ceux atteints de syphilides papuleuses, puis ceux atteints en même temps de plaques muqueuses et d'autres accidents. Mais si l'on envisage le rapport qui existe entre les récidives dans ces diverses catégories d'accidents, il est inverse du nombre d'injections données, à part cependant les cas de roséole seule, indice d'une syphilis faible.

3° Plus les accidents secondaires ont une date d'apparition éloignée par rapport au commencement du traitement, plus ils réclament pour disparaître un long temps, mais moins ils sont sujets aux récidives ;

4° Plus le chancre a eu une longue incubation, plus il faut d'injections pour guérir les accidents secondaires ;

5° Enfin, plus le chancre est reculé par rapport au jour où le malade est traité, plus il faut d'injections pour guérir les manifestations de la syphilis. Les 6 sujets de cette catégorie avaient eu sans doute, avant d'entrer dans nos salles, des accidents secondaires dont ils ne s'étaient pas aperçus.

Appliquant pour l'instant ces résultats au pronostic de la syphilis, il est permis de penser, d'après eux, que chez des sujets qui n'ont subi aucun traitement mercuriel antérieur certaines conditions faciles à déterminer ont une importance très-grande sur la résistance que cette affection oppose aux injections sous-cutanées de sublimé à petites doses, et que cette importance domine même celle des conditions idiosyncrasiques toujours indéterminables. D'une part, l'âge, d'autre part, la nature des accidents secondaires, en troisième lieu, la durée de la syphilis depuis le jour où commence l'incubation du chancre jusqu'à celui où le traitement des accidents secondaires a commencé, condition qui résume les quatre qui terminent notre tableau, sont des éléments dont on doit tenir le plus grand compte pour la connaissance approximative de la durée du traitement hypodermique. Sans doute, ces trois conditions se mêlent entre elles de bien des façons diverses et peuvent dérouter ainsi celui qui aspirerait à une parfaite pré-

cision dans le pronostic, mais il en est une cependant qui nous a paru dominer les autres, c'est celle qui se rapporte à la durée antérieure de la syphilis. Plus la vérole est vieille, plus elle résiste, plus elle est jeune, plus vite elle disparaît sous l'influence des injections de sublimé à petites doses. En cela, cette affection diffère radicalement de la plupart des maladies virulentes ou miasmatiques qui présentent dans leur évolution des phases régulières de début, d'augment, d'état stationnaire, de déclin, quand toutefois la mort ne les interrompt pas; mais, par contre, elle se rapproche des affections constitutionnelles qui, comme la scrofule, la phthisie, la chlorose, ont constamment une marche progressive, à moins qu'un traitement rationnel, thérapeutique ou hygiénique, n'intervienne. Ce point de vue trouvera plus loin, je l'espère, sa confirmation dans d'autres preuves.

Ces résultats nous démontrent aussi combien il est important de tenir compte, pour la cure radicale des accidents syphilitiques, du temps que ces accidents ont mis à disparaître. Plus le nombre d'injections a été grand pour amener la guérison de ceux-ci, moins il y a eu de récidives, et réciproquement. Ce sont là des rapports qui se sont montrés constants, quelles que soient les conditions dans lesquelles se trouvaient nos sujets, conditions thérapeutiques, physiologiques ou morbides. Une seule exception s'est montrée, c'est chez les sujets en récidive de traitement mercuriel antérieur; on comprend, en effet, que, dans cette condition, l'organisme soit plus apte à guérir rapidement et radicalement.

C'est faute d'avoir tenu compte de ce dernier élément que quelques auteurs ont émis une opinion contraire à celle que je viens d'énoncer, pensant que plus la syphilis est ancienne plus vite elle guérit.

INFLUENCE DES INJECTIONS PRÉVENTIVES.

11 malades ont été traités par les injections préventives.

Chez ces 11 malades, le chancre qui les a amenés à l'hôpital était manifestement induré ; de plus, l'inoculation pratiquée sur presque tous a été négative. Les chancres dataient de quinze jours à un mois quand les injections ont été faites pour la première fois. Sur ces 11 malades, 5 n'ont eu aucun accident, 6 ont été pris d'accidents dans mes salles ou au dehors.

Parmi les 5 qui n'ont pas eu d'accidents :

Le 1er est sorti de l'hôpital 77 jours après l'apparition du chancre ; il a subi............	80 inject.
Le 2e est sorti de l'hôpital 58 jours après l'apparition du chancre ; il a subi............................	50
Le 3e est sorti de l'hôpital 65 jours après l'apparition du chancre ; il a subi.	100
Le 4e est sorti de l'hôpital 75 jours après l'apparition du chancre ; il a subi..............	100
Le 5e est sorti de l'hôpital 45 jours après l'apparition du chancre ; il a subi............................	48

Parmi les 6 qui ont eu des accidents :

Chez le 1er, des plaques muqueuses ont apparu 60 jours après le chancre ; la disparition des accidents a demandé (injections préventives comprises).	48 inject.
Chez le 2e, une syphilide papuleuse est apparue 50 jours après le chancre ; la disparition des accidents a demandé.	50
Chez le 3e, une syphilide papuleuse est survenue 50 jours après le chancre ; la disparition des accidents a demandé.	50
Chez le 4e, une roséole est survenue 45 jours après le chancre ; elle est disparue après................ ...	40
Chez le 5e, une roséole est survenue 80 jours après le chancre ; elle est disparue après..................	70
Chez le 6e, un ecthyma est survenu 74 jours après le chancre ; cette affection a disparu après............	74

Les 5 premiers malades n'ont pas été revus, mais nous n'oserions en inférer que les injections de sublimé les ont mis à l'abri des accidents secondaires. Chez les 6 autres, les accidents paraissent avoir été un peu retardés dans leur apparition, mais ils ont été des plus légers : car un petit nombre d'injections, bien inférieur à la moyenne générale, a suffi pour les faire disparaître, à l'exception toutefois d'un vieillard de soixante-douze ans, débilité plus par la misère que par la maladie et qui a dû recevoir 120 injections.

INFLUENCE DES INJECTIONS DANS LA SYPHILIS TERTIAIRE.

Comme accidents tertiaires, trois sujets seulement, les seuls soumis à mon observation, ont été traités par les injections hypodermiques de sublimé à petites doses.

Le premier était un homme atteint d'une syphilide tuberculo-ulcéreuse qui couvrait tout le front. L'accident initial datait de dix ans. Ce sujet avait subi un traitement mercuriel antérieur. La lésion tertiaire datait de trois mois. Après 42 injections, le sujet était complétement guéri.

Le deuxième sujet était atteint d'une ulcération de la voûte palatine avec periostite ; l'ulcération avait l'étendue d'une pièce de 20 centimes environ : ce sujet avait aussi une periostite des os nasaux, avec gonflement considérable du nez. L'accident initial datait de huit ans, les lésions tertiaires de quatre mois. Ce sujet avait été traité antérieurement par des préparations mercurielles. Au bout de 30 injections, l'ulcération était presque complétement cicatrisée, et le malade ne présentait plus aucun gonflement, ni à son niveau, ni au niveau des os nasaux.

Le troisième sujet était atteint de syphilides tuberculeuses du front et du sillon naso-labial. Ce sujet avait eu un chancre induré, quatre ans auparavant; la syphilide de la face datait de un an. Ce sujet avait subi un traitement mercuriel. Après 42 injections, il sortit complétement guéri.

Ajoutons par anticipation, sur ma statistique de 1870, que j'ai pu, il y a quelques mois, faire résoudre une gomme du volume d'un œuf de poule, développée dans le triceps brachial avec 90 injections. Ce sujet n'avait subi aucun traitement mercuriel antérieur.

Ces quatre faits démontrent combien peut agir efficacement la méthode des injections sous-cutanées à petite dose chez des sujets atteints d'accidents tertiaires d'assez longues dates et survenus un assez long temps après la lésion initiale.

Dans ces cas, comme dans les cas d'accidents secondaires, aucun traitement local n'a été fait; le mérite de la guérison ne peut par conséquent revenir qu'à la méthode. Remarquons aussi que ces faits ne sont pas en opposition avec la loi que j'ai posée il y a un instant sur le rapport qui existe entre la longueur du traitement et la longue durée de la syphilis, car les trois premiers sujets avaient subi antérieurement un traitement mercuriel. Or, nous avons vu, à propos des accidents secondaires, que les injections sous-cutanées de sublimé agissaient plus rapidement chez les individus qui avaient déjà subi un traitement antérieur ; il en est de même sans doute pour les accidents tertiaires, toutefois, nos faits sont encore trop peu nombreux pour que cette question soit jugée définitivement.

COMPARAISON DU TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES DE SUBLIMÉ A PETITES DOSES AVEC LES AUTRES TRAITEMENTS.

A. *Injections sous-cutanées à fortes doses de sels mercuriels.*

Procédé de Scarenzio. — Quand un auteur parle de ce procédé, en général, c'est pour lui jeter la pierre; chacun de lui reprocher d'exposer à des douleurs vives, à des abcès, sans qu'on se croie obligé de rechercher si, au point de vue de la cure radicale de la syphilis, ce procédé a l'avantage sur les autres. Mais, quand on sait que bon nombre de sujets ont consenti à se laisser couvrir d'ulcères, afin de se mettre à l'abri d'une syphilis qu'ils n'auraient peut-être jamais eue, croit-on donc qu'on ne trouverait pas un nombre immense d'individus ayant sûrement une syphilis, grave ou non, qui, au prix de trois ou quatre abcès, n'accepteraient pas avec empressement une méthode qui leur assurerait une guérison complète? Si le procédé de Scarenzio était plus efficace que les autres dans le traitement de la syphilis, la crainte de ces abcès ne m'éloignerait nullement des injections à fortes doses. Mais le procédé de

Scarenzio compte des insuccès, 1 sur 8 malades entre les mains de Scarenzio lui-même, 2 sur 16 entre les mains d'Ambrosoli. De plus, celui-ci a eu 3 récidives, ce qui ferait 18 pour 100. Or, ce procédé demeure bien inférieur aux injections de sublimé à petites doses (car jusqu'ici, à part 2 sujets atteints de la forme ulcéreuse de la syphilis secondaire et observés récemment, c'est-à-dire en 1869, je n'ai vu aucun sujet réfractaire au moyen que j'emploie, quand ils voulaient s'y soumettre jusqu'à complète guérison, c'est-à-dire au maximum pendant soixante à quatre-vingts jours. De plus, mon chiffre de récidives, 7 pour 100, se rapportant aux sujets qui ont été mis exclusivement aux injections de sublimé, est beaucoup moins considérable que celui de 18 pour 100 d'Ambrosoli.

Procédé de M. Aimé Martin. — Le procédé de M. Aimé Martin l'emporte-t-il sur celui de Scarenzio? Ce procédé consiste, comme nous le savons, à employer, au lieu de calomel en suspension dans l'eau, comme le faisait Scarenzio, une injection faite avec 4 centigrammes de biiodure d'hydrargire pour 1 gramme d'eau distillée, et, afin de rendre le biiodure soluble, on le mélange à l'iodure de potassium. Dans un mémoire lu à la Société de médecine, cet auteur rapporte trois observations en faveur de son procédé. Dans l'une, il s'agit d'un sujet qui, depuis deux ans, avait été soumis à des préparations mercurielles prises par la bouche et qu'il ne pouvait supporter. Ce malade subit en vingt-trois jours trois injections. Les injections furent accompagnées de douleurs qui durèrent cinq à six heures, mais qui ne furent pas suivies d'inflammation. Une stomatite survint pendant le traitement. Après la dernière injection faite au dixième jour, l'amélioration était notable. L'affection récidiva quatre mois après et disparut promptement avec la liqueur de van Swiéten.

Chez une seconde malade atteinte de psoriasis palmaire consécutif à un chancre, apparu trois ans auparavant, une injec-

tion de 2 centigrammes de biiodure fut faite et produisit une eschare. La malade effrayée ne voulut plus se soumettre au traitement.

Le troisième sujet était atteint de nombreux accidents depuis quelques mois. Une injection fut pratiquée, la douleur fut assez vive. L'observation ne porte pas la date de la guérison des accidents.

Pour M. Martin, les avantages que procurerait ce procédé serait d'avoir à sa disposition une préparation parfaitement soluble et non irritante localement, de plus de guérir les syphilis rebelles mieux que les autres traitements ; c'est même, il faut le dire, seulement pour ces cas, que M. Martin propose les injections de biiodure.

Si je compare mon procédé à celui de M. A. Martin, il me sera facile de démontrer qu'il réunit toutes les conditions voulues par cet auteur et avec plus d'avantage que le sien. Le sublimé, en effet, à la dose où je l'emploie, est parfaitement soluble dans l'eau. Je dirai en passant qu'il n'est nullement nécessaire de se servir de l'alcool comme dissolvant, ainsi que beaucoup de médecins l'ont pensé. De plus, à cette dose il est peu irritant, car la douleur que l'injection provoque n'est pas très-grande, elle est très-supportable ; il ne détermine pas d'abcès, enfin il met presque sûrement à l'abri de la salivation. Le procédé de M. Martin qui, employé sur trois sujets, compte une stomatite, un abcès, un refus de traitement causé par la douleur vive de l'injection, est donc sous le rapport de l'innocuité bien inférieur au mien.

Quant à ce qui concerne l'efficacité du procédé dans les affections syphilitiques rebelles aux autres médications, je doute que celui de M. Martin l'emporte encore sur le mien. Car les malades de ma statistique en récidive de traitement mercuriel (48) et soumis dans mes salles aux injections hypodermiques étaient pour les trois quarts au moins des sujets chez lesquels les mercuriaux avaient été employés vainement pen-

dant 3, 4, 6 mois, 12 mois, sous toutes les formes. Pour ne citer qu'un seul exemple, un snjet avait pris 300 pilules de protoiodure, près de deux litres de liqueur de van Swieten, 60 frictions, et n'avait jamais pu se débarrasser de sa syphilis. Et cependant, sur ces 48 malades 33 ont guéri avec une moyenne de 60 injections, ce qui équivaut à 30 jours de traitement; 2 seulement ont récidivé, c'est-à-dire 6 pour 100, chiffre bien inférieur à celui de M. Martin, qui a eu nne récidive sur trois. 15 de mes sujets ont été améliorés avec une moyenne de 54 injections; sur ces 15 sujets un seul a récidivé (6, 66 pour 100), à ma connaissance du moins.

De plus, parmi mes 78 malades qui n'avaient pas subi de traitement antérieur, et qui avaient été soumis exclusivement aux injections, à part 8 sujets atteints de roséole seule, et 4 de plaques muqueuses de la gorge, tous les autres, c'est-à-dire 66, présentent des accidents secondaires dont la gravité n'eût été contestable pour personne. Et cependant, encore ici la méthode a été des plus efficaces, car le chiffre des récidives ne s'est monté qu'à 7 pour 100.

Trois observations sont à la vérité insuffisantes pour pouvoir juger définitivement la valeur du procédé de M. A. Martin; mais si l'on considère que dans les résultats que j'ai obtenus avec les injections de sublimé à petites doses, plus les manifestations secondaires de la syphilis guérissent rapidement, plus elles sont sujettes aux récidives, j'ai tout lieu de croire que les injections de biiodure comme celles de calomel ont pour principal inconvénient celui de guérir trop vite et par cela même d'exposer aux rechutes.

LES VÉGÉTAUX PARASITES

ET

LES NOUVELLES RECHERCHES SUR LES MALADIES VIRULENTES ET CONTAGIEUSES

Par LORTET,
Professeur à l'École de médecine de Lyon.

Depuis quelques années, quelques mois surtout, le vent est évidemment à la recherche des parasites animaux ou végétaux qui, dans certaines circonstances données, peuvent se rencontrer en grand nombre dans les différents liquides ou même dans les solides de l'organisme humain.

Il n'y a pas aujourd'hui de maladie qui n'ait ses microphytes ou ses microzoons, ses champignons ou ses bacteries ou ses vibrions. Partout la vie paraît répandue à foison, et tous ces petits êtres semblent pulluler avec une rapidité effrayante lorsqu'ils se trouvent dans certaines conditions déterminées. Pour les uns, ce développement est la cause réelle de la maladie; sans elle, l'affection n'existerait pas, et, de plus, ce sont les agents réels et efficaces de la contagion. Pour les autres, ces corpuscules ne se développent que parce qu'ils trouvent, dans certaines affections morbides, un terrain propre à leur multiplication.

De ces deux opinions contraires, laquelle est la vraie? Aujourd'hui, la réponse d'une façon générale serait difficile à donner, à cause de la vivacité et de l'aigreur que l'on a mises dans ces discussions. Il n'est cependant point difficile de montrer que, dans un grand nombre de cas, les études ont été trop

superficielles, les conclusions trop générales et trop précipitées, et surtout que les expériences, bien difficiles à faire, il faut bien le dire, n'ont point été faites avec l'esprit de judicieuse critique, qu'on est en droit d'exiger de nos jours. Les causes d'erreurs n'ont point été évitées avec assez de rigueur; généralement, presque toutes ces prétendues découvertes ne peuvent satisfaire entièrement les esprits réellement scientifiques; et, loin d'amener la conviction dans des esprits sincères, et impartiaux, elles ne servent le plus souvent qu'à élever des doutes dans l'âme du médecin, qui ne peut pas ou ne veut pas se donner la peine de séparer le faux du vrai. De là ces suspicions fâcheuses encore si fréquentes sur les services que la physiologie expérimentale et l'anatomie microscopique peuvent rendre à la science médicale tout entière.

Parmi tant de travaux parus depuis quelques mois sur le sujet qui nous occupe, nous devons d'abord signaler avec honneur les mémoires de M. Hallier, professeur de botanique à l'Université d'Iéna, mémoires consciencieux et justement appréciés en Allemagne, mais dont les conclusions ont fait éclater des polémiques très-vives dans les Académies d'outre-Rhin.

Le choléra asiatique semble de plus en plus s'acclimater au milieu de nous. Depuis trois ans qu'il sévit avec plus ou moins de violence dans nos contrées, les idées contagionistes ont fait, à son égard, de très-grands progrès. Dans les premières épidémies, entre autres en 1849 et en 1838, à peine prenait-on les plus vulgaires précautions pour se préserver de la contagion. Aujourd'hui, on est heureusement convaincu que la contagion existe, et que l'agent le plus actif en est les matières fécales. Il s'agissait de savoir en quoi consiste ce contagium contenu dans ces matières. M. Hallier vient de le trouver et de l'étudier avec un soin tout particulier. — Il y a une vingtaine d'années, les médecins anglais établis dans les Indes avaient remarqué que les épidémies de choléra avaient toujours lieu,

de préférence, à certaines années plus humides et plus froides que les autres. Cette basse température et ces conditions hygrométriques permettent à un petit champignon de la famille des *Ustilaginées*, de se développer en grand nombre sur le riz mal venu et dont la maturité ne s'effectuait qu'avec peine. Ce champignon, qui ressemble beaucoup à la *rouille* qui attaque souvent nos céréales dans les mêmes circonstances climatériques, a été appelé *Urocystis occulta Rab.*, par les naturalistes. Cette concordance entre les maladies du riz et les épidémies de choléra était déjà tellement reconnue dans la péninsule indienne en 1826, qu'un médecin anglais nommé Tytler, appelait le choléra *morbus orgzeus*, la maladie du riz.

Dans les dernières épidémies qui ont sévi à Berlin et à Elberfeld, M. Hallier a étudié avec un grand soin les matières organiques qu'on retrouve dans les déjections des cholériques. Il y a vu en grande abondance l'*Urocystis occulta*, la plante parasitaire du riz dans les Indes, laquelle dans ce milieu insolite prend une forme particulière. De même qu'elle s'introduit dans les cellules parenchymateuses de la graminée, de même elle s'implante sur les cellules épithéliales de la muqueuse des intestins et le détruit. Les débris de ces cellules mortifiées sont rendus dans les selles cholériques, avec des fragments du champignon parasite. M. Hallier ne s'est point borné à ces études, il en a fait pour ainsi dire la contre-partie en semant du riz avec des matières cholériques. Dès que le riz eut germé et eut atteint quelques centimètres de hauteur, M. Hallier reconnut dans le cotylédon les premiers rudiments de l'*Urocystis*. Il parvint ainsi à le cultiver pendant quelques semaines; malheureusement la température d'Iéna n'est point assez élevée pour amener le riz à maturité et le parasite périt avec la plante nourricière.

Ce champignon ne peut donc mûrir ses spores dans notre climat; il lui faut beaucoup plus de chaleur que nos contrées ne peuvent lui en offrir. La température constante de l'intestin,

qui est de beaucoup plus élevée que la température moyenne de l'Europe centrale, ne s'écarte pas notablement de la température moyenne de l'Inde. Comme ce champignon, selon M. Hallier, arrive très-certainement de la péninsule indienne, il trouve dans l'intestin une somme de chaleur et une humidité convenable à sa fructification. Hors de là, il ne rencontre point ces conditions favorables chez nous en hiver, car elles ne se produisent que dans les mois les plus chauds de l'été. Il peut donc toute l'année croître, se développer et fructifier donc le corps de l'homme et passer d'un intestin dans un autre; mais ce n'est qu'en été qu'il peut se multiplier dans les cloaques et dans le sol de nos contrées.

On voit combien ces recherches sont intéressantes, et à quel résultats importants elles peuvent conduire. Elles expliquent, en effet, pourquoi les médicaments qui ont pour but d'arrêter le flux des déjections cholériques, l'opium entre autres, ne servent à rien, si ce n'est à empirer le mal en permettant à ces myriades de champignons, de rester dans le canal intestinal et de s'y multiplier avec une rapidité effrayante. Ce flux est bien moins, dans un certain sens, un mal qu'un bienfait de la nature, qui veut se débarrasser ainsi d'une matière qui empoisonne l'organisme. Les recherches de M. Hallier ont encore montré que certaines substances, comme le sulfate de cuivre et le sulfate de fer, sont les médicaments qui jusqu'ici ont donné les meilleurs résultats dont les épidémies de choléra, justement parce que ce sont ces substances, le sulfate de fer surtout, qui sont les meilleurs désinfectants connus en tuant toutes les productions organiques qui peuvent se produire soit dans l'intérieur du corps humain, soit dans les fosses d'aisances, les chaises des hôpitaux ou les cloaques de toute nature.

Cette théorie de M. Hallier est bien séduisante, et cependant, il faut bien l'avouer, pour le naturaliste et pour le médecin, elle laisse encore naître bien des doutes. Dans les différentes

évacuations des cholériques, M. Hallier a trouvé des productions cryptogamiques diverses, qu'il a reconnues par des expériences de culture n'être que des phases diverses d'un seul et même champignon. Il admet, dans des limites plus étendues qu'aucun mycologue moderne, le polymorphisme des champignons, dont il confond même certaines formes avec des types regardés jusqu'ici comme des algues. Selon nous, il s'en faut que ces expériences soient assez précises et assez exactes pour justifier une pareille théorie, surtout au point de vue de ces végétaux inférieurs encore si mal étudiés, si mal connus, et dont les conditions de développement sont encore un mystère pour tous ceux qui s'en sont occupés.

A ces doutes viennent encore s'en joindre d'autres : ces champignons ou ces organismes inférieurs, quels qu'ils soient, qui se développent dans l'organisation vivante, sont-ils la cause ou les effets des troubles organiques ou physiologiques concomitants.

Grave question ! difficile à résoudre, d'une importance capitale, que les expériences et les recherches de M. Hallier ont à peine effleurée, et sur laquelle elles n'ont jeté presque aucune lumière?

M. Hallier a étudié et analysé microscopiquement les virus de la clavelée, du cow-pox et du vaccin. Daprès lui, il est de toute évidence qu'il y a toujours dans ces virus développement d'organismes végétaux, et que ces organismes ne sont autre chose que le contagium lui-même.

Dans les boutons de la clavelée, soit spontanée soit résultant d'une inoculation, on trouve d'abord en très-grande quantité le *micrococcus* d'un champignon, micrococcus qui est brun, très-petit et presque ponctiforme. Ces cellules de dimensions très-minimes, mais extrêmement nombreuses, se rencontrent non-seulement dans les bou-

tons de la clavelée, mais encore dans les ganglions et les vaisseaux lymphatiques environnants; souvent plusieurs de ces corpuscules se réunissent entre eux pour former des bâtonnets allongés, assez semblables aux bacteries. Très-souvent aussi, dans les tubes de verre qui renferment le virus claveleux, on trouve des filaments de *mycothrix* qui ressemblent à de petites chaînettes suspendues dans la sérosité. Ces chaînettes avaient été prises par Remak et Itzigsohn pour de véritables *leptothrix*.

Avec des grossissements très-considérables, on voit que les cellules de micrococcus sont animées d'un mouvement très-vif et qu'elles sont terminées par une petite queue pointue. Cet appendice est certainement l'organe locomoteur, puisqu'on voit distinctement cette queue fouetter l'eau environnante pendant que le corpuscule s'agite. Ce micrococcus se transforme lentement en une cellule germinative, laquelle donne naissance à un mycelium de l'espèce de champignon nommée *cladosporium herbarum* Linik.

M. Tulasne, de l'Institut, a reconnu que ce cladosporium n'était autre chose qu'une forme fructifère du *pleospora herbarum*, qui forme une poussière couleur de suie sur les troncs des arbres, les broussailles et les herbes, principalement sur l'ivraie vivace appelée *lolium perenne* L.

De là vient que dans certaines années humides, lorsque les moutons mangent avec avidité cette ivraie, qui se trouve infectée de pleospora, les animaux sont atteints de clavelée.

De ces recherches le professeur d'Iena tire les conclusions suivantes : 1° l'organisme qu'on rencontre dans la clavelée du mouton est le microccocus, qui n'est lui-même qu'une des nombreuses formes du champignon appelé *pleospora herbarum* ; 2° il est très-probable que les moutons subissent l'infection en mangeant du foin gâté et surtout de

l'ivraie atteinte du pleospora. La pénétration se fait dans l'organisme sous la forme de micrococcus. 3° Comme moyens prophylactiques, il faut donc entretenir la plus grande propreté dans les étables à moutons, ne leur donner que du foin de bonne qualité et bien sec, indemne de tout champignon, et éloigner rapidement des écuries celui qui a séjourné à terre et qui a été maculé par l'urine.

Dans les pustules de la vaccine, l'auteur a rencontré des spores qui ont donné naissance au *torula rufescens* Fries, et à des formes qui, selon M. Hallier, ne sont que des variations de cette espèce : *aspergillus glaucus*, *ustilago carbo*, *mucor mucedo*, *eurotium herbarum*, etc. Le *torula rufescens* se rencontre fréquemment dans le lait et particulièrement dans le colostrum. Or le *cow-pox* se rencontre sur les animaux, primitivement sur les organes des femelles qui sont en contact immédiat avec les produits de la sécrétion laiteuse, à peu près exclusivement sur ces organes et généralement après la délivrance ; les vaches peuvent être dans ces circonstances, d'après M. Hallier, infectées par leur propre lait !

Toutes ces théories sont très-ingénieuses, mais ne sont malheureusement que des théories bâties sans aucune espèce d'appui solide établi sur l'expérience pour les étayer. Aujourd'hui les travaux de notre physiologiste illustre, A. Chauveau, ont prouvé de la façon la plus irrécusable que les granulations virulentes de nature particulière constituent seules les principes contagieux, la véritable graine, si l'on peut appeler de ce nom des liquides claveleux, vaccinaux, varioleux, morveux, etc. Ce sont ces granulations qui seules agissent et peuvent transmettre les maladies par inoculation. Les champignons et autres organismes végétaux, qu'on trouve dans ces liquides virulents, ne sont qu'accidentels et ne peuvent servir en rien à la

transmission des granulations qui servent à la contagion médiate ou immédiate. Il est aussi du reste aujourd'hui bien dûment constaté que la vaccine n'est que le horse-pox transmis à la vache, et si ce horse-pox atteint plutôt la vache laitière que la génisse, c'est justement parce que la main chargée de porter le virus du cheval à la vache n'a rien à faire auprès des organes mammaires de la génisse, tandis qu'elle est en rapports fréquents avec ceux de la vache laitière.

M. Hallier a étendu ses recherches à l'éruption variolique de l'homme. Dans les pustules il a encore trouvé un micrococcus qu'il regarde, quoique n'ayant fait aucune expérience à ce sujet, comme le principe contagieux de la petite vérole.....

Dans les crachats et dans le sang des malades atteints de rougeole, M. Hallier a trouvé en grand nombre le micrococcus que produit le *mucor mucedo*. Ce champignon appartient aussi à la série des végétaux de l'éruption variolique. Mais cette difficulté n'arrête point M. Hallier : Le micrococcus d'un champignon, dit-il, conserve ses propriétés tout à fait spéciales ; on ne peut en obtenir que la forme d'où il provient lui-même, et il est tout naturel que le micrococcus du *mucor mucedo* détermine une maladie autre que le micrococcus du *torula rufescens*, bien qu'à un point de vue plus général ces deux types de champignons doivent être regardés comme des phases d'une même espèce. Quoi qu'il en soit des explications théoriques, il n'en est pas moins constaté par le professeur d'Iena que, dans presque toutes les fièvres éruptives, on peut reconnaître l'existence d'un champignon transmissible avec la maladie. Celui de la rougeole, le *mucor mucedo*, étant très-répandu dans les matières fécales, l'auteur pense que l'infection a lieu par les bronches dans les fosses d'aisances, d'où l'importance de la désinfection.

Dans le sang des malades affectés de typhus avec pétéchies, il a trouvé le micrococcus du *rhizopus nigricans* qui peut s'introduire dans le corps humain par les fruits et les légumes, ou se trouver dans les matières fécales et déterminer l'infection dans les mêmes circonstances que le *mucor mucedo*.

Le typhus intestinal a offert deux champignons différents : le micrococcus du rhizopus nigricans se trouve en petite quantité dans le sang des malades qui en sont affectés; celui du *penicillum crustaceum* en beaucoup plus grande abondance; tous deux sont aussi contenus dans les liquides de l'intestin, mais en proportion inverse. M. Hallier croit avec Giéto que le typhus intestinal est dû aux matières organiques qui infectent les eaux; celles des pompes de Munich en sont si chargées qu'il faut dix milligrammes d'acide hypermanganique pour en désinfecter un litre. Ces matières organiques si nombreuses sont dues au mauvais état des conduits d'égouts et des fosses d'aisances.

Si nous nous sommes si longuement étendu sur les recherches et les études de M. Hallier, ce n'est certes point pour en infirmer la valeur. Personne ne comprend au contraire mieux que nous l'importance de ces travaux, mais il faut d'autant plus se mettre en garde contre les conclusions prématurées qu'on en a tirées. Des productions animales et végétales se développent en grand nombre dans les différents virus, cela est incontestable; mais sont-ils cause? sont-ils effets? C'est ce que les travaux de M. Hallier ne démontrent ni d'une façon ni de l'autre. Les expériences de M. Chauveau, au contraire, prouvent de la façon la plus nette que ce sont les granulations virulentes qui jouent le plus grand rôle dans les maladies contagieuses. Il faut donc agir lentement et prudemment avant d'admettre les théories de M. Hallier, trop hâtivement édifiées

et généralisées, et qui, par les déceptions et les contradictions qu'elles feront naître, peuvent éloigner de la vraie voie bien des médecins d'abord séduits par ces nouvelles données de la science, au milieu desquelles il faut savoir distinguer aujourd'hui le bon grain de l'ivraie.

DE L'INDURATION CHANCREUSE CHEZ LA FEMME

Par le Dr Alfred FOURNIER,

Médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la faculté de Paris.

(Extrait d'une leçon professée à l'hôpital de Lourcine.)

..... Nul doute que vous n'ayez entendu plus d'une fois répéter ceci : « Le chancre ne s'indure pas chez les femmes ; il n'est aucune parité de fréquence ou de degré à établir entre l'induration chancreuse chez l'homme et chez la femme, etc. »

Eh bien, Messieurs, c'est encore là un de ces préjugés qui, nés on ne sait d'où, importés dans la science on ne sait par qui, font leur chemin, se transmettent de génération en génération, et finissent par s'imposer au même titre que les vérités les mieux démontrées. Je ne connais pas dans toute la pathologie d'erreur plus radicale. C'est une hérésie monstrueuse, anti-clinique. Je dois donc m'arrêter à la combattre ; je veux la poursuivre devant vous pied à pied, je veux m'acharner contre elle et la déraciner de vos esprits, si elle y avait pénétré.

L'induration ne se produit pas chez la femme, dit-on ; elle ne se rencontre chez elle que d'une façon très-rare et exceptionnelle ! A cette allégation j'oppose le démenti le plus formel, et je réponds, au nom de la vérité clinique, par la proposition suivante :

L'induration est *commune chez la femme* ; elle est même chez la femme *bien plus commune que chez l'homme* ; elle est si commune dans cet hôpital que nous l'y rencontrons chaque jour et qu'elle constitue pour nous une difficulté diagnostique d'un genre spécial dont je vais vous parler.

L'induration, en effet, n'est pas seulement un caractère, un signe, de l'infection syphilitique primitive ; elle n'appartient pas seulement au chancre, elle est aussi—et plus souvent peut-être — une manifestation, une expression de la syphilis parvenue à un stade plus avancé de son évolution régulière. Ainsi, dans l'une de nos prochaines conférences, j'aurai à vous décrire toute une série d'accidents, très-communs chez la femme, consistant en des indurations qui accompagnent ou compliquent certaines lésions consécutives de la diathèse (*indurations secondaires*).

Or, non-seulement dans cet hôpital nous observons l'induration avec le chancre, comme chez l'homme, mais de plus nous la rencontrons encore en coïncidence avec des lésions de syphilis secondaire. Assez rares, ou du moins peu communes chez l'homme, ces indurations secondaires sont au contraire d'une *excessive fréquence* chez la femme. A ce point que notre embarras principal, ici, dans le cas où nous constatons des ulcérations vulvaires indurées, est de déterminer si ces ulcérations sont des chancres indurés ou des syphilides doublées de l'induration secondaire. Il ne se passe pas de semaine où nous ne soyons arrêtés par cette difficulté diagnostique particulière. De sorte que, loin d'avoir à juger exceptionnellement de l'induration, nous sommes appelés chaque jour à la constater, et notre préoccupation continuelle est de nous tenir en garde contre les erreurs auxquelles elle pourrait nous conduire.

Les cas d'indurations primitives ou secondaires chez la femme sont tellement fréquents que je pourrais en placer des centaines sous vos yeux. Nos cahiers d'observations en regorgent. Déjà, j'ai eu l'occasion de vous en présenter plusieurs exemples, et cette occasion, soyez en sûrs, se répétera à chacune de nos réunions.

Mais laissons ces indurations secondaires dont j'aurai

bientôt à vous entretenir, et ne parlons pour l'instant que de l'induration chancreuse, primitive.

Celle-ci, dit le vieux préjugé que je combats, est très-rare chez la femme ; elle ne se produit pas chez elle comme elle se produit chez l'homme. Voyons ce que vaut une telle assertion. Et pour cela, ne craignons pas de descendre aux détails ; suivons le chancre féminin dans toutes les localisations qu'il peut affecter, recherchons scrupuleusement s'il se présente, sur chacun des siéges où nous aurons à le considérer, exempt ou pourvu de l'induration spécifique.

I. Tout d'abord, il est des chancres *de siége commun*, pour ainsi dire, chez l'homme et chez la femme. En d'autres termes, il est des chancres chez la femme qui ont leurs représentants, leurs homologues chez l'homme : chancres des lèvres, de la langue, de la face, des paupières; chancres des doigts, des bras, des cuisses, du tronc; voire même chancres du sein. Pour ce premier groupe d'accidents, une comparaison rigoureuse peut être faite d'un sexe à l'autre au point de vue qui nous occupe. Hâtons-nous de l'instituer.

Que trouvons-nous ? C'est d'une part que, dans toutes les observations relatives à ces chancres extragénitaux de la femme, l'induration est indiquée, comme un des signes caractéristiques de la lésion. Partout il est précisé de la façon la plus explicite que les lésions réputées chancres présentaient une base « indurée, dure, cartilagineuse, etc. » C'est même, en beaucoup de cas, la présence de cette induration sous une ulcération suspecte qui a conduit les observateurs à reconnaître et à diagnostiquer le chancre.

Et d'autre part, consultons notre criterium habituel, je veux

dire les faits d'inoculations expérimentales. Dans le récit des six cas où la lancette a été portée sur la femme, nous trouvons mentionnée cinq fois la présence de l'induration au-dessous des chancres inoculés. Et tout se passe, dans ces six cas, exactement comme chez l'homme; aucune différence n'est signalée par les expérimentateurs quant à l'aspect et aux caractères de la lésion.

Il y a plus, c'est que, pour certains de ces chancres extra-génitaux, on a cru remarquer que l'induration s'accusait parfois d'une façon plus forte, plus accentuée, chez la femme que chez l'homme. Vous allez vous récrier et croire à un parti pris, à une exagération de ma part. Eh bien, je vais pour vous convaincre céder la parole à d'autres observateurs.

Écoutez d'abord M. Clerc : « ... Les chancres des autres « régions que les parties génitales se sont présentés à « notre observation aussi fréquemment indurés que les « chancres homologues de l'homme.... *Il est même chez* « *la femme certaines régions dans lesquelles l'induration* « *est souvent plus forte, plus marquée, que chez l'homme.* « Ainsi le *chancre des lèvres* est souvent plus volumineux, « plus épais, *plus induré* enfin, que chez l'homme. Nous « en dirons autant des chancres de l'orifice de l'urè- « tre, etc... (1). »

Écoutez encore M. Rollet, disant à propos des chancres du sein chez la femme :

« L'induration de ces chancres est en général bien mar- « quée, quelquefois chondroïde, d'autres fois simplement « parcheminée. Il y a des observations où elle a persisté « après la cicatrisation du chancre : en sorte qu'on peut « dire que *le sein est une des régions où l'induration se* « *formule le mieux* (2). »

(1) Traité pratique des maladies vénériennes, Paris, 1866, p. 68.
(2) Traité des maladies vénériennes, Paris, 1865.

Je n'insisterai pas davantage. De l'aveu général, l'induration des chancres extragénitaux (1) est égale d'un sexe à l'autre, si ce n'est même supérieure chez la femme pour les chancres de certaines régions. Voilà un premier point acquis au débat.

II. Venons en second lieu aux *chancres génitaux*. C'est à eux très-certainement que s'applique le déni d'induration dont je poursuis actuellement la critique. Eh bien, débattons cliniquement une question clinique; examinons en particulier chacun de ces chancres, et voyons quelles formes habituelles il revêt au point de vue spécial qui nous occupe actuellement.

1° Sur les *grandes lèvres*, le chancre syphilitique est toujours induré, et presque toujours fortement induré. C'est même là que, d'après la plupart des observateurs, l'induration se traduit de la façon la plus accentuée. C'est là qu'il n'est pas rare de rencontrer des indurations profondes constituant des nodosités, des *callosités* véritables, offrant la résistance du cartilage, je dirais presque la dureté du bois. En dépouillant mes notes à ce sujet, je trouve plus de trente observations rédigées par mes internes, dans lesquelles des chancres des grandes lèvres sont qualifiés de

(1) C'est à dessein que je n'ai pas parlé ici des chancres de l'anus. Chez la femme, en effet, comme chez l'homme, l'induration de ces chancres est très-difficile, impossible même souvent à percevoir, ce qui tient à des conditions toutes locales : tension des téguments, rénitence propre du sphincter, situation du chancre qu'on ne parvient pas à saisir, à isoler, et dont la base se dérobe à une exploration suffisante, etc. Ce qu'on peut dire de ces chancres, à propos de la question que nous débattons actuellement, c'est que leur induration est ou semble être à peu près égale chez la femme et chez l'homme, et qu'à ce point de vue il n'est pas de différence à établir d'un sexe à l'autre.

la façon suivante : « Chancre offrant une *induration li-*
« *gneuse;*—chancre doublé d'une induration énorme, cons-
« tituant un bloc d'une dureté comparable à celle du *car-*
« *tilage;* — chancre d'une induration telle qu'on croirait
« sentir sous les doigts un véritable *caillou* (*sic*), etc., etc. »
Que penseront de ces qualificatifs les partisans de la non-induration du chancre chez la femme?

2° Sur les *petites lèvres*, l'induration du chancre n'est pas moins habituelle, mais elle affecte là le plus souvent une autre forme, la forme étalée, lamineuse, dite parcheminée ou foliacée. Il est assez commun toutefois que toute la petite lèvre participe à l'induration chancreuse et se présente sous l'aspect d'une lamelle rigide, résistante, d'une dureté singulière. En voici un exemple que je suis heureux de pouvoir placer sous vos yeux.

Cette jeune femme est entrée dans nos salles il y a quelques jours, affectée d'un chancre de la petite lèvre gauche, avec pléiade inguinale correspondante. Vous voyez tout d'abord cette petite lèvre qui fait saillie hors de la vulve fermée; j'entr'ouvre la vulve, et tout aussitôt apparaît le chancre qui occupe la face interne de la petite lèvre. Cette lèvre offre un aspect bizarre; elle se tient droite, érigée, déplissée, comme si nous exercions une traction sur elle; c'est qu'en effet, elle est distendue outre mesure par une induration exubérante. Touchez-la, vous serez étonnés de la trouver aussi dure; elle offre une *dureté de cartilage*, sans exagération. Elle serait en cartilage qu'assurément elle n'offrirait pas un degré de résistance plus accentué.

3° Sur le *capuchon* et sur le *gland du clitoris*, le chancre n'est quelquefois, il est vrai, qu'une érosion à peine parcheminée ou foliacée. Mais en d'autres cas, qui sont loin d'être rares, nous observons là des indurations profondes, des indurations en masse, en bloc, convertissant toute la région en nodosités ligneuses. Jugez-en. Cette autre malade

présente un chancre qui, recouvrant tout le gland du clitoris, envahit en outre le capuchon et une partie du sommet des petites lèvres. Le capuchon et les petites lèvres offrent déjà une résistance fortement parcheminée ; mais ce n'est pas tout : saisissez le capuchon et roulez-le entre vos doigts ; vous sentirez au-dessous de lui quelque chose d'excessivement dur, donnant la sensation d'une tige d'acier, d'une « baguette de fusil, » suivant la comparaison d'un de mes élèves. C'est le clitoris induré d'une façon extraordinaire.

4° Les chancres de l'*urètre* et du *méat urinaire* ne présentent pas une induration moins accentuée. C'est d'eux que M. Clerc a dit ceci : « ...Ces chancres sont souvent plus volumineux, plus épais, *plus indurés* enfin chez la femme que chez l'homme... *Les plus beaux types d'induration des chancres de cette région appartiennent, suivant nous, à la femme.* »

5° Pour les chancres du *col utérin*, leur situation les rendant inaccessibles, ne permet pas en général d'apprécier exactement l'état de leur base. En certains cas toutefois j'ai remarqué d'une façon très-positive que la portion du col sur laquelle ils reposaient était épaissie, volumineuse, saillante et déformée, comme si elle était distendue par une infiltration exubérante ; et alors le doigt porté sur l'organe donnait la sensation d'une dureté très-appréciable. M. Ricord a eu l'occasion d'observer un de ces chancres sur une femme affectée de prolapsus utérin ; le col, dans ces conditions, pouvait être saisi entre les doigts et aussi délicatement exploré que le sommet du gland. Eh bien, la base de ce chancre présentait, dit notre maître, une induration toute spéciale, *chondroïde*, *presque ligneuse*, qui se détachait et se différenciait très-manifestement de la rénitence propre au col utérin.

6° Enfin j'arrive, dans cette revue, à un groupe de chancres dont l'induration, il faut en convenir, est souvent

ou mal accentuée ou difficilement appréciable. Ce sont les chancres de la fourchette, de la fosse naviculaire, du vestibule, des caroncules hyménéales, de l'entrée du vagin, ou, d'une façon plus abrégée, les chancres de l'*infundibulum vulvo-vaginal.*

A la *fourchette*, l'induration s'accuse rarement sous la forme de noyau; le plus souvent elle est étalée, lamelleuse, parcheminée et même foliacée. Elle est malaisément appréciable, parce que la région, contrairement à ce qu'on pourrait croire, se prête mal à l'exploration. Là cependant elle peut encore, avec un peu de soin et d'habitude, être suffisamment constatée dans la plupart des cas.

Mais les difficultés d'exploration vont croissant et l'induration devient de moins en moins appréciable, à mesure que des parties extérieures de la vulve on s'avance vers le vagin. Au niveau de cette portion de la vulve située au delà des petites lèvres (la région péri-urétrale exceptée), au niveau de la fosse naviculaire, de l'anneau vaginal et plus spécialement encore des caroncules myrtiformes, il est assez rare qu'on rencontre des indurations nettement et fortement accentuées. Les chancres de ces parties sont habituellement remarquables à plusieurs titres : en ce qu'ils sont restreints le plus souvent à une étendue minime; en ce qu'ils sont presque toujours simplement érosifs, desquammatifs plutôt qu'ulcéreux ; en ce qu'ils ont une évolution rapide et une durée courte ; enfin, au point de vue qui nous intéresse actuellement, en ce qu'ils sont simplement doublés d'une lamelle très-mince d'induration, et d'induration tout au plus parcheminée. C'est sur ces régions, sans aucun doute, que le néoplasme syphilitique qui constitue l'induration est sécrété le plus parcimonieusement, si je puis ainsi parler.

Or, pour comble d'embarras, c'est sur ces régions aussi que la recherche de l'induration est entourée des difficultés les plus grandes, et cela pour des raisons toutes locales

que vous allez comprendre : d'abord, on est mal à l'aise pour saisir ces chancres et en explorer la base ; puis, veut-on les palper, ils fuient, ils glissent sous les doigts ; on ne parvient pas à les isoler, à les détacher des tissus sous-jacents, ils *se dérobent* véritablement à l'examen. Il y a là, je le répète, des difficultés telles d'exploration qu'avec la meilleure volonté du monde on est forcé souvent de renoncer à se rendre compte du signe que l'on recherche. Cela est tellement vrai que, dans bon nombre de nos observations, recueillies au lit même des malades, je trouve signalé ce fait dans les termes suivants : « Chancre de l'anneau vaginal ; *il nous est impossible d'en apprécier la base* ; chancre des caroncules à *base inexplorable*, etc., etc. »

Ainsi deux conditions se réunissent ici, pour que l'induration, en tant que signe diagnostique, échappe à l'examen : 1° C'est en ces points que le néoplasme syphilitique se manifeste le plus pauvrement, sous sa forme la moins accentuée ; — 2° c'est en ces points que des dispositions toutes locales rendent difficiles au plus haut degré et souvent même impossibles la recherche et la perception de ce signe.

Voilà terminée, messieurs, cette longue revue dans laquelle j'ai cherché à mettre en parallèle les indurations syphilitiques de l'un et de l'autre sexe. Résumons en quelques mots ce qu'elle nous a fourni :

1° L'induration se produit chez la femme comme chez l'homme, et même elle est plus fréquente chez la femme si l'on réunit aux indurations primitives ou chancreuses les indurations secondaires, qui, très-communes sur elle, sont relativement rares dans notre sexe ;

2° A ne parler que de l'induration primitive, les chancres extragénitaux, qui fournissent un point de comparaison rigoureuse d'un sexe à l'autre, sont indurés chez la

femme au même degré et de la même façon que chez l'homme;

3° Les chancres spéciaux de la femme présentent, pour la très-grande majorité, une induration égale, quelquefois même supérieure, à celle des chancres propres à l'homme;

4° Il n'est qu'une région limitée des organes génitaux de la femme (l'infundibulum vulvo-vaginal) où l'induration s'accuse d'une façon inférieure à ce qu'on observe chez l'homme. Et c'est en ce point que des conditions locales la rendent plus difficilement accessible à l'exploration.

Jugez d'après ce parallèle, Messieurs, si j'étais autorisé à taxer d'hérésie anticlinique l'opinion singulière qui dénie l'induration aux chancres de la femme. Jugez s'il y avait intérêt à déblayer la pathologie de ce vieux et ridicule préjugé.

Toutefois n'exagérons rien, et, après avoir réfuté une erreur, ne dépassons pas nous-même en sens inverse les données de la clinique.

Bien que l'induration puisse se présenter et se présente chez la femme, dans bon nombre de cas, d'une façon absolument équivalente et identique à ce qu'on observe chez l'homme, il n'est pas moins vrai qu'elle offre d'un sexe à l'autre quelques différences d'ordre secondaire.

De ces différences, deux surtout sont à noter, et c'est par elles que je terminerai en quelques mots ce qui a trait à cette importante question :

1° Les indurations *en surface* sont plus communes chez la femme que chez l'homme. C'est-à-dire qu'on rencontre plus souvent chez elle ces indurations étalées, lamelleuses, qu'on a comparées à des disques aplatis, à des palets, à des rondelles de parchemin, etc....

2° Les indurations *à gros noyaux* bien circonscrits, bien nettement délimités, sont certainement plus rares chez les femmes que dans notre sexe. — Et ce qui contribue à les faire paraître plus rares encore, c'est que chez elles l'induration chancreuse proprement dite s'entoure fréquemment d'autres indurations d'une autre nature dont je vous entretiendrai bientôt. A ce point de vue même, soit dit incidemment, il est une différence curieuse à signaler entre les deux sexes. Chez l'homme, le *calus* chancreux double exactement le chancre sans en dépasser sensiblement les limites, et les tissus qui l'environnent conservent le plus habituellement leur souplesse normale. Chez la femme, au contraire, il se produit assez fréquemment autour du noyau chancreux primitif une zone indurée d'une étendue plus ou moins considérable. C'est ainsi que plusieurs fois déjà j'ai eu l'occasion de vous montrer des chancres, même limités et superficiels, qui avaient converti toute une petite lèvre en une lamelle de cartilage, toute une grande lèvre en un bloc résistant d'un volume et d'une dureté extraordinaires. Dans les cas de ce genre, vous le concevez de reste, l'induration primitive disparaît, englobée qu'elle est dans une gangue d'induration périphérique dont il n'est plus possible de la distinguer. Elle court grand risque alors d'être confondue avec des lésions d'un autre ordre, et je ne doute guère que dans de telles conditions elle n'ait été plus d'une fois méconnue.

(*La suite au prochain numéro.*)

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES ET SYPHILITIQUES DE L'UTÉRUS

PAR J. ROLLET,

Ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon.

(Suite.)

---

§ II. — CHANCRE SIMPLE.

Les chancres simples du col de l'utérus sont toujours le résultat de l'inoculation directe, c'est-à-dire de l'application immédiate du pus chancreux sur l'organe utérin. Il n'y a pas, en effet, à songer pour ces chancres au mécanisme de la propagation de proche en proche qu'on a si souvent l'occasion d'observer pour la blennorrhagie. Si la blennorrhagie vulvaire peut s'étendre jusqu'au vagin et à l'utérus, il en est tout autrement des chancres de la vulve qui, loin de suivre jamais cette marche ascendante, naissent plutôt eux-mêmes, dans un certain nombre de cas, de chancres utérins inoculés à la vulve par la migration du pus chancreux des parties profondes vers les parties extérieures.

L'abaissement de l'utérus, à tous les degrés, favorise bien entendu l'inoculation des chancres sur ces organes. Les filles publiques présentent en général un peu d'antéversion ; il en résulte que, chez elles, la face antérieure du col, qui par cette disposition se trouve placée en bas, est plus souvent le siége du chancre que la face postérieure, qui est dirigée en haut.

L'existence d'ulcérations simples sur le col est aussi une circonstance favorable à l'inoculation, à laquelle celles-ci

ouvrent pour ainsi dire la porte. L'état de grossesse est une prédisposition non douteuse à ces chancres, probablement à cause du ramollissement du col et des excoriations qu'entraîne habituellement à sa suite la gestation arrivée à une certaine période.

Toutefois le chancre simple ne se développe jamais que sur les points mis directement en contact avec le virus, et pour ce qui est de l'utérus, cet organe n'est jamais inoculé plus haut que ne peut atteindre le principe contagieux, c'est-à-dire au delà du col. Il y a bien des exemples de chancres simples de la cavité du col, mais la plupart occupaient à la fois cette cavité et le pourtour de l'orifice, de telle sorte qu'on pouvait supposer que le pus chancreux avait d'abord affecté cet orifice et que le chancre avait ensuite gagné progressivement les parties supérieures. En tous cas, on ne comprendrait le développement de ces chancres utérins profonds, par l'action directes du pus chancreux, que chez les femmes dont le col serait largement ouvert, et chez qui l'inoculation aurait été effectuée moins par le contact de l'utérus avec les parties ulcérées de la verge, comme c'est l'habitude, que par un jet de matière contagieuse tel, par exemple, que peut en fournir, dans l'acte du coït, le canal urétral de l'homme affecté de chancre larvé.

Le chancre simple du col de l'utérus se développe régulièrement et présente tous les caractères qu'on a décrits comme constituant les attributs essentiels de ce genre d'ulcération.

Il ne débute pas en général par la pustule caractéristique, ou du moins celle-ci est assez éphémère sur le col de l'utérus pour qu'on n'ait que très-rarement l'occasion de la constater. Cependant j'ai observé des cas de chancres simples pustuleux du museau de tanche, mais ces chancres étaient le résultat de réinoculations successives. A côté d'un chancre arrivé au plus haut point de son dé-

veloppement, j'ai pu voir plusieurs petits chancres ecthymateux dérivant sans doute du premier. Ces petits chancres étaient restés pustuleux, parce que l'épithélium de la muqueuse du col utérin avait présenté une certaine résistance au pus chancreux ; ou bien l'inoculation s'était peut-être faite au fond des glandules dont cette muqueuse est abondamment pourvue, et il en était résulté un véritable abcès chancreux folliculaire, lequel n'était pas encore ouvert au moment de mon examen.

C'est dans les mêmes circonstances qu'on peut aussi surprendre le chancre simple du col à l'état d'ulcération naissante, c'est-à-dire avec des dimensions très-petites et ne dépassant pas celles d'une tête d'épingle. Il existe plusieurs dessins dans lesquels le chancre est représenté à une période très-peu avancée de son développement (clinique iconographique de l'hôpital du Midi, Pl. 5). Il est montré là à l'état d'ulcération arrondie, cupuliforme, avec un fond grisâtre et des bords taillés à pic; mais cette ulcération ne fait pour ainsi dire que commencer, et, bien que creusée à l'emporte-pièce dans la muqueuse, on voit qu'il suffirait d'un grain de millet ou de chènevis pour la remplir.

La description de ces chancres a été très-bien faite par divers auteurs que j'ai déjà cités : Ricord, Robert, Boys de loury et Costilhes, Delmas, Bennet, Bernutz, Gosselin, Cullerier, Richet, Sirus Pirondi, Grivot-Grandcourt, Courty, Becquerel. On consultera aussi avec grand profit les dessins représentant ces chancres qu'ont fait exécuter MM. Ricord (Clinique iconographique de l'hôpital du Midi), Cullerier (Précis iconographiques des maladies vénériennes), et Bernutz (Atlas du traité des maladies de l'utérus et de ses annexes de Becquerel).

Ces chancres s'observent le plus souvent à la période de progrès et dans leur plein développement : c'est alors seulement que les malades sont averties de leur existence par

des symptômes suffisamment appréciables. Ils siégent tantôt sur la lèvre antérieure du col, tantôt sur la lèvre postérieure, d'autres fois à l'orifice, à la commissure gauche de cet orifice, à la commissure droite ou à tout le pourtour. On en a vu, comme nous l'avons déjà fait remarquer, qui pénétraient assez haut dans la cavité du col. Ils sont souvent multiples, et, dans ce cas, ils siégent les uns sur une lèvre et les autres sur la lèvre opposée, ou bien dans le voisinage. Ils n'ont pas tous les mêmes dimensions, mais en général ils ne dépassent pas l'étendue qu'atteignent en moyenne les chancres simples des autres régions. Le chancre phagédénique du col est une exception.

Il n'y a donc rien dans la symptomatologie du chancre simple de l'utérus qui ne soit parfaitement normal. Ce chancre suit, au col, la même marche que dans les autres régions. La seule particularité importante sur laquelle nous croyions devoir appeler l'attention, c'est la réinoculation fréquente de ce chancre à la vulve, et la coexistence, signalée avec raison par divers observateurs, du chancre simple du col utérin et d'autres chancres semblables développés consécutivement à la fourchette.

Le chancre simple du col est toujours, comme nous l'avons dit, le résultat de l'inoculation directe et primitive du pus chancreux sur l'organe utérin ; mais ce chancre ne parcourt pas ses différentes périodes au fond du conduit vulvo-vaginal sans donner lieu à une sécrétion plus ou moins abondante de matières contagieuses, c'est-à-dire de pus réinoculable. Le pus s'écoule au dehors, et suivant les proportions dans lesquelles il se trouve associé avec les autres liquides sécrétés, suivant aussi l'état de la muqueuse vulvaire qui peut lui opposer plus ou moins de résistance, il inocule celle-ci à son passage, ou bien il ne l'inocule pas ; mais quand l'inoculation a lieu, c'est presque toujours à la fourchette qu'elle s'effectue.

Les chancres simples du col utérin sont donc dans beaucoup de cas accompagnés de chancres semblables à la fourchette; ces derniers chancres sont ceux qu'on voit tout d'abord; aussi, quand on les a reconnus, doit-on pousser l'examen plus loin et rechercher jusque sur le col utérin l'origine première du mal. Il en est des chancres simples de la fourchette, chez la femme, relativement aux chancres utérins, comme des chancres de la couronne du prépuce, chez l'homme, relativement aux chancres urétraux ou sous-préputiaux: les premiers, les plus profonds, engendrent généralement les autres, c'est-à-dire les plus antérieurs, qui sont presque toujours le résultat de réinoculations successives.

Cette propriété qu'a le pus du chancre simple d'être essentiellement réinoculable était surtout utilisée autrefois, par l'école du Midi, pour le diagnostic des ulcérations chancreuses situées dans les régions profondes; en un mot, c'était pour le diagnostic des chancres larvés, dans la catégorie desquels rentraient naturellement ceux de l'utérus, qu'on avait recours à l'inoculation, moyen d'épreuve en effet infaillible, mais qui a subi aujourd'hui la même déchéance que le chancre auquel on l'appliquait.

Sans doute il importe beaucoup d'être fixé sur la nature de toutes les ulcérations qui peuvent affecter les organes génitaux; mais il faut bien reconnaître que celles qu'on a surtout besoin de distinguer de toutes les autres sont les ulcérations syphilitiques, c'est-à-dire celles qui ont des suites graves qu'un bon diagnostic permet seul de prévoir et, ce qui n'est pas moins important, qu'il permet aussi de prévenir au moyen d'un traitement approprié.

L'inoculation appliquée au diagnostic du chancre n'a dû la grande faveur avec laquelle elle a été accueillie qu'à la prétention qu'elle avait, (et qu'on pouvait croire alors parfaitement justifiée), de nous faire connaître le véritable

accident primitif de la syphilis. On hésitait en présence d'ulcérations vénériennes ou autres de nature variée, on avait besoin de savoir celles qui étaient syphilitiques et qu'on devait traiter comme telles; or, l'inoculation se croyait seule en mesure de lever toute incertitude à cet égard, et l'on n'ignore pas que les ulcérations dont le pus faisait développer la pustule caractéristique étaient précisément celles qu'on regardait comme constituant l'accident primitif de la syphilis.

Aujourd'hui c'est encore la même nécessité qui s'impose à nos investigations, le problème n'a pas changé, et la syphilis primitive est toujours là avec ses exigences et ses obscurités; mais par cela même que l'inoculation, ou plutôt la réinoculation, n'a rien à démêler avec elle, et que c'est le chancre simple et non le chancre syphilitique qu'elle nous fait connaitre, il faut chercher d'autres moyens de diagnostic, et nous verrons plus loin dans quelle voie il convient de diriger désormais les recherches cliniques.

Constatons pour le moment qu'en présence d'un résultat positif obtenu au moyen de l'inoculation, sans que dans sa signification nouvelle le diagnostic soit moins sûr qu'autrefois, on n'a pas néanmoins à porter le même pronostic, ni à instituer le même traitement. Entre une ulcération blennorrhagique du col, qu'on inocule sans résultat, et un chancre simple, qui fournit la pustule caractéristique, il n'y a plus de différence fondamentale, en ce sens qu'on sait parfaitement que les deux lésions sont justiciables d'un traitement local, et que la syphilis n'est pas plus à craindre dans un cas que dans l'autre.

Nous avons déjà dit que le chancre simple du col de l'utérus devenait rarement phagédénique; il est rare aussi qu'il se complique de bubon. Il n'y a donc pas à porter un pronostic bien grave en présence d'ulcérations de cette na-

ture. On sait, d'ailleurs, que les affections ulcéreuses du col de l'utérus sont loin d'être inaccessibles aux moyens locaux de traitement. On peut aisément les atteindre et les mettre en évidence au moyen du spéculum. Bien plus, la cautérisation profonde du chancre, c'est-à-dire le traitement destructif qui met fin, pour ainsi dire, instantanément à l'ulcération chancreuse en tuant sur place le virus, et en emportant les tissus d'où procède le pus virulent ; cette médication héroïque si précieuse, et qu'il faut appliquer sans hésitation partout où elle peut réussir, ne présente pas sur le col de l'utérus moins de conditions de succès que sur les autres organes.

J'ai eu recours à la cautérisation destructive dans plusieurs cas de chancre simple utérin, et toujours le résultat a été excellent (voy. Debauge thèse de Paris 1858). Le chlorure de zinc est aisément porté sur le col de l'utérus ; on peut le maintenir en place une demi-heure ou une heure, et même davantage, sans la moindre difficulté ; l'eschare déterminée par le caustique tombe en laissant une plaie simple, qui n'a pas de tendance particulière à l'ulcération, qui se cicatrise au contraire très-bien sous l'influence d'applications topiques, faites de temps en temps, ou au moyen de simples injections. Encore une fois, c'est la cautérisation destructive qui est le vrai traitement du chancre simple du col, et il faut qu'elle rencontre des contre-indications spéciales pour qu'on n'y ait pas recours. En tous cas, c'est à recommander cette méthode, dont j'ai exposé ailleurs les principes généraux (*Traité des mal. vénér.*, 1865, p. 110 et suiv.), que je me crois surtout obligé dans cet article.

Le chancre simple de l'utérus n'est plus en effet, avec les autres chancres larvés, la pierre angulaire d'une doctrine avec laquelle il fallait naguère compter, mais qui est aujourd'hui abandonnée ; il n'a conservé d'importance qu'au point de vue pratique, et l'on peut dire que c'est la destruction

de ce chancre qui peut seule présenter encore un intérêt sérieux, destruction que la méthode dont nous venons de parler réalise aussi promptement et aussi sûrement que possible.

§ III. — SYPHILIS.

La syphilis utérine peut être primitive ou consécutive. La syphilis primitive est essentiellement constituée sur l'utérus, comme sur les autres organes, par le chancre syphilitique primitif.

A. *Chancre syphilitique de l'utérus.*

Le chancre syphilitique de l'utérus naît toujours de l'inoculation directe du virus syphilique à l'organe utérin. Cependant, il n'en est pas du principe contagieux de la syphilis comme de ceux de la blennorrhagie et du chancre simple : ces deux derniers principes ont pour véhicule exclusif le muco-pus ou le pus ; le premier au contraire se présente sous des formes variées, en ce sens que beaucoup d'humeurs différentes, chez les sujets infectés, peuvent lui servir de rapport et transmettre la contagion d'un individu à un autre.

Parmi les humeurs dans lesquelles se rencontre le virus syphilitique, il faut placer en première ligne le produit des accidents syphilitiques primitifs ou secondaires. Mais la maladie ne peut-elle pas être inoculée à l'utérus par d'autres humeurs pathologiques : par le sang, par le sperme lui-même ?

Nous examinerons plus loin la question de savoir si le sperme des sujets syphilitiques n'est pas un agent de contagion très-actif, sinon quand la maladie est transmise à la femme par le coït dans l'intervalle des règles ou au moment de la menstruation, du moins quand elle lui est

communiquée dans la grossesse par l'acte de la fécondation.

Les produits pathologiques de la syphilis primitive ou secondaire ne communiquent pas la maladie à l'utérus par des procédés particuliers : l'inoculation syphilitique s'effectue par le même mécanisme que l'inoculation blennorrhagique ou chancreuse. Il n'y a pas d'*aura* contagieux et dans un cas comme dans l'autre le principe virulent a besoin d'être porté directement sur l'utérus pour que la contagion ait lieu, et plus l'utérus est accessible au virus, plus il est exposé à être inoculé.

J. ROLLET.

(La suite au prochain numéro.)

DOCUMENTS INÉDITS

RELATIFS A LA PROSTITUTION

TIRÉS DES ARCHIVES CENTRALES DE L'ÉTAT DE FLORENCE

PAR LE Dr J. GALLIGO

Directeur du journal médical *l'Imparziale*. (Milan 1869.)

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE DU Dr A. DARDEL

Médecin consultant aux bains d'Aix, en Savoie.

Mon cher rédacteur,

Un de mes anciens amis d'Italie, le Dr Galligo, dont le savoir en syphilographie a fait autorité dans la Péninsule, m'adresse une très-courte, mais non moins curieuse notice qu'il vient de publier relativement à la prostitution. Notre collègue, qui a si bien étudié la difficile histoire des maladies syphilitiques et vénériennes, ainsi qu'on a pu s'en convaincre par la lecture de son traité sur ce point, a eu la bonne fortune de faire sortir du silence et de la poussière des archives du vieil État florentin des documents entièrement inédits jusqu'en 1864, époque où ils furent déjà mentionnés dans son ouvrage (1). Comme il y a un certain intérêt pour les lecteurs des *Annales* à savoir qu'avant 1350 la République florentine s'occupait très-activement à réglementer la prostitution, cette plaie nécessaire des sociétés en général et des grandes villes en particulier, je crois leur être agréable en analysant ici, en quelques lignes, ces singuliers documents, dont ils pourront d'ailleurs lire *in ex-*

(1) GALLIGO. — Trattato teorico pratico sulle malattie veneree (3a edizione, Firenze, 1864), article : « *Prophylaxie de la Syphilis.* »

tenso le texte italien dans la brochure que je vous envoie. De l'ensemble de ces anciens titres il résulte avec évidence que, dès le milieu du XIVe siècle, à Florence, la prostitution était soumise à une surveillance bien organisée, et frappée par de graves pénalités. La prostitution secrète (*clandestina*) y était particulièrement poursuivie. Dans le premier document, qui est un *Statut du podestat de* 1350, nous voyons que ces règlements policiers étaient d'une extrême rigueur, car, outre les *taxes* et *amendes*, outre la *prison*, la *relégation* dans certaines rues, le *bannissement* hors la cité, on usait banalement *du fouet* (*la frusta*), à l'endroit des prostituées. Bien plus, pour les filles surprises à exercer leur métier *clandestinement*, il y avait la *peine de la marque au fer chaud sur le côté droit du front*. Plus encore, la maison où avait eu lieu cette contravention devait être *démolie jusqu'aux fondements*. Si la punition paraît conforme à la rudesse des temps, les considérants du décret, dans leur contexture et leur style, portent aussi l'empreinte de cette époque du moyen âge, où la religion se trouvait toujours plus ou moins mêlée aux choses civiles. « *Pour extirper les maux et les péchés qui pourraient advenir dans cette ville*, etc., » ainsi débute l'ordonnance du podestat républicain. Elle arrive ensuite, après avoir établi de fortes amendes et l'annulation de tout contrat civil, ayant la prostitution pour objet, à condamner *au feu* l'individu convaincu pour la seconde fois d'avoir abusé d'une femme et de l'avoir entraînée dans *un mauvais lieu contre sa volonté* à l'aide de promesses d'argent ou de moyens illicites. (*Sia arso chi in simile malitia ricadrà.*)

Le second document par ordre chronologique (1569), est une classification officielle des prostituées de Florence, instituée pendant le règne de Cosme Ier de Médicis, sous le patronage des *très-magnifiques Seigneurs de la pratique secrète*. C'était la police de salubrité et le *Bureau des*

Mœurs d'alors, et par euphémisme, ce bureau avait nom l'*Honestà*. Les prostituées sont réparties en catégories distinctes, depuis les quarante-neuf riches courtisanes (*le ricche*), qui acquittent l'impôt de l'Écu, *les pêches à quinze sous*, jusqu'au rebut du panier, les misérables, les immondes (*povere affatto*), qui ne peuvent rien payer au Trésor. Entre ces extrêmes d'opulence et de misère sont énumérées les *pauvres* (*povere*) qui ne payent que *trente-huit sous* de taxe, les mesquines (*mediocre*), d'une habileté inégale dans leur art, mais médiocrement imposées en raison de leurs moindres profits. Toutes ces filles sont désignées au Registre, les unes par le nom de leur pays d'origine, les autres d'après une particularité individuelle physique ou morale, d'autres aussi, par le nom de leur amant inconnu ou célèbre : *la Lena de Machiavello*, *la Lancillottiva*, etc. *La Pretina*, *la Vescovina*, etc. *La Folagina*, *la Cilottine*, *la Sorda*, *la Dannata*, etc. *Margherita*, *Portia*, *Diana*, *Lucretia*, *Angioletta*, *Fiametta*, etc., noms de poésie dans cette fange. A côté de la désignation nominale de chaque femme se trouve souvent celle de la maison, de la rue, du quartier qu'elle habitait, l'indication des b*** ou lupanars. Quelques-uns de ces quartiers de Florence ont même été, jusqu'à ces derniers temps, presque spécialement habités par les prostituées. Le Registre nous donne enfin les comptes du bureau d'*Honestà*, les entrées, les sorties, les dépenses, les fournitures, les tarifs des taxes, tout ce qui constitue en un mot ces *grandes administrations*, trop rares alors, trop nombreuses et trop parfaites aujourd'hui.

De même qu'il est avec le ciel des accommodements, il en est parfois avec les puissants et les grands de la terre. Cela nous explique pourquoi, dans ces notes de l'*Honestà* florentine de 1500, nous trouvons pour les riches prostituées, désignées à part, une condescendance et une faiblesse, autorisant tacitement pour elles une tolérance

absolue. Exemptes du *Signalement de rigueur*, il leur est permis de se vêtir *du brocart* et de la *soie* sévèrement *interdits* à la plèbe des filles de joie. Elles peuvent à leur gré aller et venir, sans être molestées: ainsi le voulaient par moments le prince et les magnifiques de la pratique secrète. Chaque époque a eu son demi-monde élégant et toléré, malheureusement pour la vérole. De tout temps, les belles courtisanes ont eu des protecteurs bien placés ; et d'autres aussi, de tout temps, ont su exploiter les tristes profits de la débauche.

Que si la taxe des prostituées de Florence se versait en grande partie dans les caisses du grand-duc, une certaine part s'écoulait ailleurs, et, chose assez bizarre, dans les coffres de madame l'*abbesse des Religieuses converties*. La bonne fin justifie sans doute l'étrangeté du moyen ; mais il n'en est pas moins fort curieux de lire au troisième document des archives l'humble requête adressée en 1614 au *sérénissime grand-duc, Cosme II de Médicis, par ses très-humbles et très-dévotes servantes, les prieures du monastère des Converties*. C'est ce que nous apprend le troisième document, et les deux lettres du gouverneur Michel Dati qui le suivent. Le père temporel du couvent y expose à *Son Altesse très-pieuse* et *très-prudente* que les besoins du monastère sont grands, les ressources petites ; « que la liste des prostituées riches dressée par le magis-« trat de l'*Honestà* est trop rigoureuse et mal calculée « pour réaliser le payement d'une forte taxe. Ces prosti-« tuées, voulant *éviter d'être déclarées filles publiques*, « mettront toute leur adresse à échapper à la taxe, soit en « quittant la ville, soit en essayant les voies nombreuses « de la prostitution clandestine ; la taxe ainsi retomberait « presque exclusivement sur les prostituées pauvres. En « conséquence, Son Altesse est invitée à rayer un certain « nombre de ces femmes de la liste officielle. Ces privilé-

« giées de la tolérance, que le texte nomme très-originale-
« ment *le Graziate di V. A.*, auront une grande latitude ;
« elles pourront se parer de bijoux, porter l'or et la soie,
« fréquenter les promenades et les lieux de réunion ; mais
« le prix de cette faveur sera une taxe de vingt écus pour
« chaque courtisane qui, dans trois mois devra en verser
« le montant entre les mains de l'abbesse des Converties. »
Il est vrai qu'ensuite la prostituée pouvait être admise chez les Converties,— *quand elle se convertissait.* — Nous apprenons encore par ces lettres de Michel Dati qu'outre le profit régulier des amendes sur la prostitution, le couvent des Converties de Florence partageait avec le fisc l'héritage des prostituées, soit quand elles mouraient, soit lorsqu'elles quittaient indûment la ville. D'autres dispositions réglementaires affectaient à plusieurs établissements publics, moraux et religieux des revenus ayant la même origine, etc. Si vos lecteurs désirent plus de détails, ils pourront maintenant lire en entier ces curieux documents; il ne me reste, cher rédacteur, qu'à vous serrer amicalement la main.

Dr A. DARDEL.

Aix-les-Bains, 5 mai 1869.

CHRONIQUE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Monsieur et très-honoré confrère,

J'avais entrepris, dans un précédent article, de vous tracer le tableau des doctrines actuellement dominantes à l'hôpital Saint-Louis, et après en avoir esquissé les deux principales figures, représentées par MM. Bazin et Hardy, je me proposais d'y faire successivement paraître, chacun sous les traits qui lui sont propres, tous les autres dermatologistes de cet hôpital. J'ai dû renoncer à ce projet, du moins momentanément, ne me trouvant pas en mesure d'apprécier à leur juste valeur des tendances ou doctrines médicales dont il ne m'appartient d'ailleurs de préciser le sens et d'arrêter la formule. Je reprendrai quelque jour ce travail, mais alors seulement qu'il me sera possible de l'établir sur des bases positives et à l'abri de toute contestation.

J'ai aujourd'hui le dessein plus modeste d'appeler votre attention sur l'hôpital Saint-Louis envisagé à un point de vue bien différent, et si vous consentez à m'y suivre en simple visiteur, je m'engage à vous montrer par quelques aperçus rapides que ce bel établissement pourrait lui-même fournir la notion d'une très-curieuse et très-intéressante étude.

L'hôpital Saint-Louis occupe, vous le savez, un vaste emplacement situé au nord de Paris, de l'autre côté du boulevard Saint-Martin, entre le faubourg du même nom et celui du Temple, par delà cette portion du canal de l'Ourcq qui, descendue des hauteurs de la Villette, va

s'étageant de bassin en bassin, par une sorte de gradation, en une série de plans de plus en plus élevés. Pressons le pas, car le chemin qu'il nous faut suivre n'a rien d'attrayant en soi, et après avoir franchi le pont tournant qui sert de trait d'union mobile entre la rue de Lancry et la rue Grange-aux-Belles, après avoir quelques instants côtoyé le canal sur sa rive gauche, hâtons-nous d'arriver à une belle avenue plantée d'arbres, dite autrefois de l'hôpital Saint-Louis (jusqu'en 1845), et sur laquelle nous lisons le nom chirurgical de Richerand. Cette avenue, qui part à angle droit du canal, nous conduit directement à un pavillon dont la façade partie brique et partie pierre nous apparaît de loin comme encadrée dans la convergence des deux rangées d'arbres à leurs extrémités. Ce pavillon, qui sert d'entrée principale sur la rue Bichat, autrefois rue du Carême, prenant dans cette partie de sa longueur, laisse apercevoir au-dessus de lui les combles en ardoises de bâtiments situés sur un plan plus reculé. Mais avant de passer outre, je tiens à vous raconter un détail rétrospectif qui ne manque pas d'intérêt.

Dans les premiers temps de sa fondation, qui remonte, comme chacun sait, à Henry IV, l'hôpital Saint-Louis donnait accès par deux entrées bien distinctes : l'une principale, réservée, dit la chronique, aux personnes d'un certain rang, et dont nous retrouverons la trace au pavillon Gabrielle ; l'autre appelée porte de Paris, qui est celle dont je m'occupe en ce moment. Or, tandis que la première de ces entrées n'était l'objet d'aucune surveillance ni précaution à l'égard des personnes qui s'y présentaient, il en était tout autrement de la seconde, par où devaient passer les malades. Au-dessus du pavillon médian, unique en ce temps-là, qui constituait cette entrée, deux chambres se trouvaient dans lesquelles tout malade était introduit à son arrivée. Il y avait dans l'une de ces chambres un mé-

decin chargé de reconnaître la nature du mal, et qui renvoyait aussitôt ceux qui ne paraissaient pas atteints de la peste, la seule maladie qu'on y traitât alors. Dans l'autre chambre se tenait un prêtre, qui d'abord confessait les individus admis, et ensuite leur administrait les sacrements. Et ce n'était qu'après avoir subi ces formalités préliminaires indispensables, que les malades étaient enfin dirigés vers les salles pour y recevoir les soins que réclamait leur état.

Mais revenons au temps présent, et après avoir constaté l'adjonction de deux ailes au pavillon d'entrée, et mesuré du regard le long mur qui se profile à droite et à gauche dans la rue Bichat, pénétrons sans plus tarder dans l'intérieur de l'établissement.

Là, orientons-nous.

Cette longue suite de bâtiments, déjà entrevue par nous du dehors, et qui se développe en ligne droite sur une étendue de 120 mètres environ, n'est que l'un des côtés égaux et semblables d'un vaste quadrilatère flanqué à ses angles et sur la partie médiane de ses faces de huit pavillons en saillie régulièrement disposés. Chaque pavillon médian donne accès dans un jardin intérieur par une galerie couverte qui fait en même temps fonction de vestibule pour l'introduction dans les salles. C'est sur cette construction, de forme parfaitement carrée, et consacrée tout entière au traitement des malades, que semblent se mouler, comme sur un centre commun, toutes les autres parties de l'établissement. Autour d'elle circule dans tous les sens, à la manière d'un boulevard, une large voie carrossable principalement limitée en dehors, aux points où elle se coude, par quatre bâtiments en équerre dont les angles rentrants correspondent d'une manière exacte aux angles saillants du quadrilatère central : disposition que nous pouvons d'ici même constater pour les deux pavillons anté-

rieurs dont l'un, situé à notre droite, sert de siége à l'administration, tandis que l'autre est consacré à la communauté.

Ici se place encore une particularité historique empruntée à l'histoire.

Comme je l'ai dit plus haut, l'hôpital Saint-Louis avait eu pour destination première et exclusive de recevoir les malades atteints de maladies contagieuses ou épidémiques. Il paraît même qu'à cette époque une sorte de peste serait venue décimer à plusieurs reprises la population parisienne, déjà si cruellement éprouvée par la famine et les horreurs de la guerre civile. Dans de telles conditions, on comprend que toutes mesures aient été prises dans le but de proscrire ou de diminuer le danger qui pouvait résulter pour la santé publique de l'accumulation sur un même point d'un grand nombre de malades. C'est à cette préoccupation, puissante alors, que l'on doit attribuer le choix de l'emplacement au nord de la ville, et à une certaine distance de son enceinte ; mais elle avait de plus inspiré à Claude Chastillon, l'auteur du plan de l'hôpital, d'y tracer une double enceinte : l'une intérieure, close de murs assez élevés, dans laquelle se trouvait compris le grand bâtiment carré qui constituait l'hôpital proprement dit; l'autre extérieure, où demeuraient les officiers d'administration, médecins, prêtres, religieuses, employés, etc., fermée seulement de murs bas en terrasse pour que l'air y circulât avec la plus grande facilité. Quelques vestiges de cette disposition ont été découverts, il y a une trentaine d'années, dans la jardin attenant à la rue Bichat. La seconde enceinte comprenait en outre d'autres bâtiments isolés où l'on avait pratiqué toutes les commodités nécessaires pour y recevoir les malades qui, par leur condition, ne devaient pas être confondus avec les pauvres. Tel est l'un des pavillons en équerre situés au nord, abattu et reconstruit vers le com-

mencement de ce siècle, et que nous retrouverons bientôt sous le nom de pavillon Saint-Mathieu.

Maintenant que la topographie du lieu nous est connue dans ses dispositions les plus générales, nous y guider sera facile ; et comme en toute chose, et surtout en voyage, il est bon de procéder avec ordre et méthode, engageons-nous d'abord dans cette large voie qui s'offre à notre droite, et qui, se déroulant autour du bâtiment carré du centre, fera passer successivement sous nos yeux tout ce qu'il y a d'important dans l'établissement; puis, revenus à notre point de départ, nous pénétrerons enfin dans le grand quadrilatère médian pour en explorer minutieusement toutes les parties.

La direction que je viens d'indiquer nous conduit d'abord et en droite ligne à un pavillon en équerre qui borne et encadre, pour ainsi dire, de ce côté l'espace où nous sommes. Ce pavillon, dit autrefois *de l'Econome*, avait été construit dès l'origine dans le but de loger les officiers d'administration, médecins, aides en médecine, employés, et telle est encore, à quelques modifications près, la destination que nous lui voyons aujourd'hui. Il se compose d'un rez-de-chaussée et d'un étage lambrissé et surmonté de combles très-élevés, selon le mauvais goût du temps. C'est dans ce pavillon, situé, comme je l'ai dit, dans l'enceinte extérieure, que fut installé, lors de l'ouverture de l'hôpital, le subdélégué qu'y envoya la surintendance de l'Hôtel-Dieu, pour maintenir la discipline intérieure et pourvoir aux besoins du service. On ne nomma pas non plus, à cette époque, de médecin titulaire ou à poste fixe, si ce n'est celui qui était chargé de faire la réception à la porte de Paris. Les médecins de l'Hôtel-Dieu et ceux de la ville étaient désignés à tour de rôle pour constater l'état des malades et prescrire les médicaments nécessaires. L'hôpital Saint-Louis, n'était alors, en effet, qu'une sorte de

succursale de l'Hôtel-Dieu, qui devait selon les besoins y déverser le trop plein de ses salles ou ses malades convalescents. Ce dernier établissement, jusque-là unique dans Paris, se trouvait par cela même en possession d'une sorte de privilége, et ses directeurs généraux n'avaient bien entendu rien abandonné de leurs prérogatives en autorisant la fondation d'un nouvel asile à la souffrance. C'est entre leurs mains qu'avaient été remises les sommes considérables (plus de 2,000,000 francs) destinées à sa construction, et ils avaient ensuite continué à le tenir étroitement sous leur dépendance. Ainsi s'explique l'état de discrédit et l'abandon parfois presque complet dans lequel tomba si fréquemment l'hôpital Saint-Louis, sous les règnes de Louis XIII, de Louis XIV et de Louis XVI, alors qu'à l'Hôtel-Dieu les lits étaient entassés dans les salles, et les malades entassés dans les lits, quelquefois même superposés au moyen de matelas mis sur l'impériale, sans distinction d'âge, de sexe, de maladies. Pour mettre un terme à cette situation, il ne fallut rien moins que ce vaste écroulement des choses du passé, que l'on appelle la Révolution française. Alors cessa, avec les pouvoirs des directeurs généraux de l'Hôtel-Dieu, l'espèce de mise en tutelle qui avait jusque-là si lourdement pesé sur l'hôpital Saint-Louis. La commune de Paris s'empara de l'administration des hôpitaux et hospices en exécution de la loi du 22 décembre 1789. Des commissaires reçurent la mission de les visiter chaque jour, et de transmettre à l'Assemblée nationale les propositions relatives à leurs besoins. La première visite qui eut lieu à l'hôpital Saint-Louis, par ordre de l'Assemblée, fut faite par le citoyen Larochefoucault-Liancourt. Le rapport qu'il adressa au comité de mendicité portait que cet hôpital contenait 6 à 700 malades, atteints de maladies *dégoûtantes*. Le gouvernement décida que l'hôpital Saint-Louis, qui reçut alors le nom d'hôpital

du Nord, serait approprié à un service régulier de malades, et qu'il y serait attaché les médecins et chirurgiens nécessaires, ainsi qu'une administration locale. Ces mesures, excellentes en principe, ne donnèrent pas d'abord, il faut bien l'avouer, tous les résultats qu'on devait en attendre ; mais comme ce qui existait auparavant était essentiellement mauvais, elles constituaient du moins une pierre d'attente pour une organisation meilleure. C'est en vérité tout ce qu'on pouvait demander, dans l'état de crise violente qui agitait alors la société tout entière.

C'est pendant cette période de transaction que fut rendu, le 19 frimaire an VII (9 décembre 1798), un arrêté du gouvernement qui confiait à des entrepreneurs la gestion et l'approvisionnement de tous les établissements hospitaliers de la ville de Paris : système qui ne tarda pas à donner lieu aux abus les plus criants, et qui laissa les hôpitaux, après un exercice de deux à trois années au plus, dans un état d'incurie déplorable et dans un dénûment presque absolu des choses les plus nécessaires aux besoins du service.

Il faut arriver au commencement de ce siècle pour voir enfin l'hôpital Saint-Louis entrer sérieusement dans la voie du progrès et des améliorations successives. Après avoir été tour à tour et pendant si longtemps livré à l'arbitraire et à la spéculation, il prend enfin possession de lui-même au double point de vue du service médical et de l'administration.

Sans entrer dans des détails connus de tout le monde, et qui n'offrent d'ailleurs rien de particulier à l'hôpital Saint-Louis, je rappellerai seulement :

1° Que tout hôpital fait aujourd'hui partie intégrante d'une vaste organisation ayant à son sommet : 1° un directeur général nommé par le ministre de l'intérieur; 2° un conseil de surveillance formé de 20 membres, dont le

préfet de la Seine est toujours président, et le préfet de police membre-né ; 3° deux inspecteurs généraux, un secrétaire général, etc.

2° Que le personnel administratif de chaque établissement se compose d'un inspecteur secondé par un ou plusieurs commis aux entrées, d'un économe et de ses commis.

3° Que le service de santé est confié à des médecins ou chirurgiens nommés au concours, et secondés par des élèves de deux classes, les internes et les externes, également sortis du concours.

4° Je rappelerai en outre que l'un des premiers actes du conseil général d'administration avait été la formation d'un bureau central pour l'envoi et l'admission des malades dans les différents hôpitaux, mesure qui eut ce double résultat important : 1° de favoriser la spécialité de certains établissements en permettant d'y répartir les malades après un classement bien défini ; 2° de remédier au fatal encombrement qui s'était produit dans certains asiles privilégiés, tandis que d'autres, contre toute raison logique, restaient inoccupés ou presque abandonnés. (Arrêté du conseil en date du 6 frimaire an x, 27 novembre 1801.)

Or, l'article 13 du même arrêté avait désigné l'hôpital du Nord (Saint-Louis) pour recevoir les maladies chroniques, soit contagieuses, comme la gale, la teigne, soit rebelles et cachectiques, comme les dartres, le scorbut, les ulcères, les écrouelles, etc.

Mais nous voici bien loin, me direz-vous, du pavillon dit *de l'Econome*. Il me semble au contraire que nous ne l'avons pas quitté, car toutes les vicissitudes dont je viens d'évoquer le souvenir, il les a vues s'accomplir, et pourrait peut-être au besoin en rendre témoignage.

C'est dans ce pavillon que réside, comme je l'ai dit, le personnel de l'administration locale. Le cabinet de la direc-

tion, celui de l'économat, le bureau des réceptions occupent presque tout le rez-de-chaussée du corps de logis parallèle à la rue Bichat. L'autre corps de logis contient, rangés sur deux séries séparées par un corridor intermédiaire, les logements des internes. Enfin, vers le point de jonction des deux branches de l'équerre, dans un enfoncement qui lui sert de vestibule, s'ouvre une pièce étroite et longue sur la porte de laquelle on lit ces mots : *salle de garde.*

Cette pièce mérite de nous arrêter. Ce sera, si vous voulez bien, notre première étape.

A suivre.

L. GUÉRARD.

VARIÉTÉS.

Epsom, mardi soir.

Sous le titre de : « Nos frères d'Amérique, » on lit ce qui suit dans le dernier numéro du *Journal of Cutaneous Medicine* :

« Le docteur Keges, dans le numéro de juin 1869 du *New-York Medical Journal*, publie les réflexions suivantes :

« L'activité dans la littérature dermatologique est en « voie de progrès, et un recueil américain de médecine « cutanée est la seule chose qui reste à créer pour com- « pléter la liste. L'Italie a pris la tête en 1866, en pro- « duisant le *Giornale italiano delle malattie veneree et « della pelle*, par le docteur Soresina (Milan). Peu de « temps après parut le *Journal of Cutaneous Medicine*, « par le docteur Érasmus Wilson. Le 1er janvier 1869 « vinrent les *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, par « les docteurs Auspitz, de Vienne, et Pick, de Prague. « Les *Annales de dermatologie et de Syphiligraphie*, par « le docteur Doyon, portant également la même date de « 1869, terminent la série. Le sujet offre assez d'intérêt « pour créer un journal de dermatologie de ce côté de « l'Atlantique. Espérons qu'il apparaîtra prochaine- « ment. »

A cet appel, dit notre éminent confrère, le docteur Ér. Wilson, dans l'intérêt non-seulement de la science en général, mais aussi dans ceux du progrès et de l'humanité, nous répondons cordialement : *Amen!* Le zèle et la capacité de nos amis d'Amérique est hors de question; et nous ne mettons pas en doute que, d'ici à peu, ces deux qualités ne donnent naissance à un journal de dermatolo-

gie qui fera honneur aux États-Unis. Le sujet est digne, en effet, de toute l'attention qu'on peut y apporter, et son développement contribuera assurément au progrès même de la médecine en général. Cette dernière, en effet, est aujourd'hui loin de la perfection; tous les travailleurs consciencieux doivent nécessairement en convenir, et il est évident aussi que l'on n'approchera du but que par un travail persévérant, infatigable, unanime, aidé d'une coopération sincère.

Notre ami et correspondant, le docteur Weisse, de New-York, nous envoie un tableau encourageant des espérances de la dermatologie en Amérique. Il peut être, quant à nous, assuré de notre concours le plus sympathique, concours que nous ne lui prêterons point à contre-cœur, mais aussi complet qu'il nous sera possible.

L'Angleterre a le prestige du grand nom de Willau; mais la célébrité d'un homme n'assurerait pas à cette nation sa suprématie sans le travail énergique de ses enfants. Ses fils ne sauraient non plus se contenter de refléter l'éclat d'une réputation antérieure, mais ils s'appliquent ardemment au travail, qui seul peut leur donner un renom honorable pour eux-mêmes S'il était besoin d'un autre stimulant, nous ne pourrions pas en trouver de plus puissant que la perspective de l'émulation dans une lutte amicale avec nos honorables alliés des États-Unis; et plus tôt cette lutte commencera, plus tôt aussi nous aurons occasion d'envoyer nos félicitations à travers l'Atlantique. A ce sujet, le docteur Weisse, que nous savons être à la hauteur de l'entreprise dont il s'est chargé, aussi consciencieux dans sa profession qu'enthousiaste pour cette cause, nous adresse l'intéressante communication que l'on va lire :

« Mon cher rédacteur,

« Depuis mon retour aux États-Unis, j'ai trouvé chez les « médecins de notre pays, et notamment chez ceux des « grandes villes, un intérêt marqué pour l'étude de la « dermatologie. Depuis que les Facultés de nos principaux « colléges médicaux ont établi des chaires pour l'enseigne- « ment de cette spécialité, les praticiens en ont reconnu « l'importance. Le département médical de l'Université de « New-York a été le premier de nos colléges à entrer dans « cette voie progressive. En mai 1865, la Faculté instituait « un « *Clinical Lecturer* des maladies de la peau ; » en

« 1867, elle remplaçait ce titre par celui de : « Professeur « de clinique dermatologique. L'exemple de 1865 fut im- « médiatement suivi par les premiers colléges du pays, « savoir : New-York, Philadelphie, Boston, etc. Le pro- « fesseur ou le *lecturer* titulaire y fait des cliniques heb- « domadaires. Outre ces cliniques du collége, dont il y a « deux par semaine, chacun des dix dispensaires de New- « York a une division pour le traitement des maladies de « la peau, où les malades peuvent se présenter chaque « jour. »

« Je vous ai déjà expédié les *Contributions to dermato-* « *logy* de Silas Durkee, de Boston, et le premier volume « de l'important traité d'Howard F. Damon, de Boston. Je « vous adresse aujourd'hui le deuxième volume, du même « auteur, sur les *Structural Lesions of the Skin* : il y « aura encore deux volumes pour compléter l'ouvrage. C'est « au docteur Damon qu'on sera redevable du premier Traité « américain sur les maladies de la peau; jusqu'à présent « notre littérature dermatologique était composée des édi- « tions américaines de la traduction de Cazenave et Schedel, « de Burgess, des traités de Wilson, Neligan, et Hillier.

« Je regrette que nos confrères allemands et français « aient suivi l'erreur de nos amis italiens en ajoutant au « titre de leur publication « *syphilis* » et en en faisant une « des parties de leurs journaux; donnant ainsi une préémi- « nence si excessive à une seule des maladies de la peau. « Les lésions vénériennes locales sont par là entraînées « hors de leur place; voyez comme exemple, les cinq des « quatorze articles dans les trois premiers numéros des « Annales de dermatologie et de syphiligraphie, arti- « cles qui concernent les suites de la blennorrhagie.

« Je suis heureux de vous annoncer l'organisation de la « *Société dermatologique de New-York*. Nous commen- « çons avec vingt-cinq membres résidants.

« Les passages suivants sont extraits de l'appel pour la « réunion du 18 mai 1869, que nous avions organisée « jusqu'à l'adoption d'une constitution et des règlements, « à savoir : — « Le but de la *New-York Dermatological* « *Society* sera de fournir à tous ceux qui s'intéressent à « cette branche importante de la médecine une occasion « pour échanger leurs opinions et leurs méthodes de trai- « tement, et de permettre à l'expérience et à l'investiga- « tion américaines de réunir un stock important de con- « naissances sur les maladies cutanées. » A ce moment de « l'organisation, la proposition d'ajouter les maladies vén-

« riennes au titre et au but de la Société fut soutenue par
« quelques-uns, puis combattue avec succès, de sorte que
« nous avons aujourd'hui simplement une Société de der-
« matologie, la *première,* je crois, qui ait même été con-
« stituée. La Société a décidé de créer une bibliothèque et
« un musée. Le règlement du travail par une succession
« de séances régulières pourvoit à « des relations histori-
« ques de cas et des présentations de malades » comme
« l'objectif principal des études, et ces cas doivent tous
« être soigneusement enregistrés. On lira également des
« mémoires, mais on conservera, en général, le point de vue
« clinique comme étant plus instructif et plus pratique.

« Dans l'organisation de cette Société j'aperçois une voie
« ouverte pour permettre aux dermatologistes de tous les
« pays d'arriver à un *plan cosmopolite* sur les principales
« questions se rattachant à la spécialité. Si l'on fondait des
« sociétés semblables dans d'autres contrées, on pourrait
« dans quelques années réunir une conférence internatio-
« nale de dermatologistes, composée des délégués des
« différentes sociétés. Et dans une assemblée ainsi consti-
« tuée il serait possible de s'entendre sur un *système in-*
« *ternational de classification,* d'adopter un plan uniforme
« pour la désignation des maladies et certains autres
« règlements pour la comparaison et l'utilisation de l'expé-
« rience, règlements qui contribueraient au progrès
« général de la spécialité, en la plaçant sur un plan cosmo-
« polite. J'espère que vous partagerez ma manière de voir
« à cet égard et me donnerez l'appui de votre journal.
« Dans ma prochaine lettre je serai en mesure de vous dire
« comment la Société progresse. Nous avons une réunion
« régulière le second mardi de chaque mois, à l'exception
« de juillet et d'août. Mardi prochain nous élirons les
« membres du bureau ainsi que les membres correspon-
« dants et honoraires. Le nombre des premiers est limité
« à vingt-cinq et celui des seconds à dix.

« *La New-York Dermatological Society,* dans l'assemblée
« du 15 juin dernier, a constitué son bureau de la manière
« suivante : H. D. Bulkley, président; F. D. Weisse,
« vice-président; H. C. Piffard, sécrétaire; F. Zinsser,
« secrétaire pour la correspondance; R. W. Taglor, tréso-
« rier; F. L. Satterlee, bibliothécaire; docteurs Swift,
« Draper et Keges membres du comité de présentation. »

A nous aussi qu'il nous soit permis de souhaiter la bien-
venue à nos confrères de l'autre côté de l'Atlantique,

d'envoyer par delà l'Océan, à cette phalange d'ardents pionniers, nos sympathiques et cordiales félicitations sur l'heureuse réalisation de leur entreprise généreuse. Ce n'est certes ni le zèle ni la capacité qui leur feront défaut, comme l'a si bien pressenti notre éminent confrère, le docteur Er. Wilson, mais un autre obstacle pourra entraver leur marche : c'est la difficulté de réunir tous les travailleurs qui ont le même objectif. La première condition est évidemment d'avoir à sa disposition un champ clinique, un vaste hôpital spécial; hors de là impossible d'observer en commun, impossible par conséquent de s'entendre sur l'interprétation des faits. A cet égard Saint-Louis sera toujours le terrain le plus favorable pour l'étude des dermatoses. Si l'Angleterre peut revendiquer à si juste titre la gloire incontestée de Willau, Batemau, etc., et celle non moins justifiée de leurs successeurs, il est de notre devoir de rappeler ici que la France, elle aussi, peut citer des noms non moins illustres que celui de l'auteur de la classification anatomique tels que Biett, Alibert; etc.; et de nos jours Dévergie, Baumès, Cazenave, Bazin, Hardy, etc., qui ont continué avec tant d'éclat l'œuvre de leurs devanciers.

Nous devons même à ce sujet énoncer une brève remarque. Le docteur Weisse, dans sa lettre, dit que la littérature dermatologique américaine s'est composée jusqu'à présent de la traduction de Cazenave et Schedel, des œuvres anglaises de Wilson, Neligan et Hillier. Nous savons cependant qu'un ouvrage de M. Hardy a été traduit en Amérique. Quant à M. Bazin, les conditions matérielles dans lesquelles se succèdent les livraisons ainsi que les éditions chaque jour perfectionnées de son œuvre ont rendu sans doute jusqu'à ce jour leur traduction difficile : et cependant nous ne croyons pas qu'on puisse ignorer dans le Nouveau-Monde l'enseignement actuel de l'hôpital Saint-Louis, enseignement dont l'influence a été si considérable sur l'évolution des recherches dermatologiques. Qu'on nous permette de dire toute notre pensée. L'étude actuelle des affections cutanées a, depuis quelques années, pris un essor décisif. Jadis la dermatologie paraissait absolument séparée du reste de la médecine, au point que bon nombre de praticiens ne la connaissaient peut-être alors que de nom. Il n'en est plus ainsi, et aujourd'hui cette partie de la science, dépouillée de beaucoup d'obscurités, est devenue un champ de plus en plus et de mieux en mieux cultivé, puis fertilisé.

Or, s'il est indispensable de connaître les travaux et les investigations qui ont été en quelque sorte entrepris simultanément dans tous les foyers scientifiques, ce n'est que par l'échange des idées, par la vulgarisation de toutes les méthodes que l'on peut faire avancer la science. C'est dans ce seul but, notamment, que nous traduisons une des œuvres dermatologiques les plus importantes de l'Allemagne (Traité des maladies de peau, par le professeur Hebra, de Vienne), c'est dans la même pensée que nous avons fondé des Annales de dermatologie et de syphiligraphie. C'est le même ordre d'idées que nous voudrions voir prévaloir chez nos confrères américains, car, nous le répétons, c'est par l'étude et la comparaison que les progrès se réalisent. Quant à nous, nous n'avons qu'un drapeau, celui du progrès : et, Allemands, Américains, Anglais, Français, Italiens, nous devons tous, en cette occurence, marcher dans la même voie et nous entr'aider pour féconder le sillon dermatologique.

Le docteur Weisse et la *New-York Dermatological Society* veulent la dermatologie seule et en dehors de toute accointance avec la syphilis. Nous nous avouons fort peu sensibles à ce reproche, qui, par le fait, se trouve nous être plus particulièrement adressé. Quelque arbitraire qu'elle paraisse au premier abord, cette alliance de la dermatologie et de la syphiligraphie est au contraire essentiellement rationnelle. Ne la voit-on pas partout s'établir, naître comme de la nature même des choses ? Forcément à l'hôpital Saint-Louis, tous les dermatologues ne deviennent-ils pas syphiligraphes et réciproquement à Lourcine, au Midi, à l'Antiquaille ? Si les fièvres éruptives (variole, scarlatine, rougeole) ont leur place dans presque toutes les classifications dermatologiques, de quel droit élaguerait-on d'un enseignement commun la syphilis ? Au fond, la syphilis n'est-elle pas, comme les exanthèmes, une maladie unique dans une vie d'homme, contagieuse, généralisée, s'exprimant spécialement par des manifestations cutanées et muqueuses, laissant dans la constitution une empreinte profonde ? Et quant aux dermatoses peut-on, dans leur étiologie, dans leur diagnostic, faire un seul pas qui ne soit un écart, si l'on ignore les lois, les modes de la syphilis qui, objectivement, les simule avec une analogie si propre à engendrer de périlleuses erreurs ? Les suites de la blennorrhagie ne rentrent pas dans les maladies de peau, dit M. Weisse. Cela est vrai, assurément. Mais du moment où l'on juge utile de constituer une spécialité avec les mala-

dies qui affectent un même appareil, qui se contractent par les mêmes voies, l'analogie n'interdit point et plusieurs autres considérations conseillent de n'en écarter aucune. Et cette place à côté de la syphilis que l'on conteste à la blennorrhagie et à la chancrelle, nous croyons pouvoir la leur maintenir au même titre qu'on la donne, dans tous les livres et dans tous les cours, aux affections parasitaires à côté des dartres.

Aussi, et c'est par là que nous terminons, semble-t-il on ne peut plus opportun comme on ne peut plus rationnel d'organiser à Paris une Société dermato-syphiligraphique dont les hôpitaux spéciaux seraient les foyers vivifiants, où viendraient se condenser les innombrables richesses qu'ils renferment. Toutes les branches, même extrêmes, de la science ont aujourd'hui à Paris des sociétés où se groupent les spécialistes, où se discutent les questions qui ne peuvent être approfondies que dans de semblables conditions. Or la dermatologie et la syphiligraphie ne sont les parties de la science ni les moins cultivées, ni les moins attrayantes par la complexité et l'importance des hautes questions pathologiques, hygiéniques et sociales qu'elles soulèvent à chaque instant. Les progrès qui y ont été réalisés depuis quelques années, l'ardeur, la passion même qu'elles ont le privilége d'inspirer à leur adeptes sont pour l'illustration de leurs représentants actuels le meilleur gage que nous puissions invoquer des avantages et du succès d'une semblable entreprise. Heureux nous estimerions-nous si, dans notre modeste sphère, nous avions pu et leur donner un organe et leur suggérer la pensée de créer une nouvelle Société médicale en rapport avec les études que, isolément, ils poursuivent déjà avec tant de fruit, et auxquelles le travail en commun donnerait bientôt une impulsion si vigoureuse. Ce serait là le complément de la fondation si importante du musée de l'hôpital Saint-Louis et des bibliothèques spéciales qui commencent à s'y créer ainsi qu'au Midi et à Lourcine, fondations qui, il faut le dire, avaient été depuis longtemps devancées par le musée institué à l'hospice de l'Antiquaille sur l'initiative et avec l'active coopération de M. Rollet.

Aussi est-ce avec un vif plaisir que nous avons appris que plusieurs de nos confrères, au premier rang desquels nous sommes heureux de compter notre savant ami, M. le

docteur A. Fournier, s'occupent de jeter les bases d'une société telle que nous la comprenons. Le concours le plus sympathique et le plus empressé des Annales de dermatologie leur est d'avance acquis comme le sera assurément celui de tous ceux qui, en France comme à l'étranger, s'intéressent à l'avenir de ces deux branches importantes de l'art de guérir.

A. Doyon.

Paris. — Paul DUPONT, rue Jean-Jacques-Rousseau, 41 (Hôtel des Fermes).

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

OBSERVATION POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'HÉPATITE SYPHILITIQUE

PAR A. RODET

Ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon

On parlait beaucoup autrefois des lésions syphilitiques viscérales, que l'on croyait fréquentes et que l'on admettait avec un grande facilité. Le foie, surtout, était considéré par la plupart des auteurs du XVIe siècle comme souvent atteint par le virus vénérien.

J.-B. Montanus, qui écrivait en 1550, et beaucoup d'autres auteurs de son temps, croyaient que ce virus, absorbé dans un contact impur, s'insinuait dans les petites veines, puis atteignait les grosses, puis enfin parvenait au foie. Que celui-ci, atteint par ce virus, viciait d'abord toutes les humeurs qui existaient dans son parenchyme, et, consécutivement, toutes celles de l'économie. « *Quod hepar sic alteratum primo immutat omnes humores in eo existentes qui transmittuntur ad omnes corporis partes pro nutrimento, sed cum malisunt, tunc membra renuunt ipsa*

nec nutriunt, et ideo corpus illud redundat quamplurimis excrementis quæ, si nimis mordacia fuerint, tunc generant ulcera, pustulas, pilorum deflexus, dolores inter juncturas, et alia infinita symptomata secundum variam naturam humoris qui aduritur. » (De morbo gallico tractatus 1550.)

Cette opinion, pourtant, eut bien quelques contradicteurs. Ainsi, peu d'années après, en 1556, Prosper Borguruccius, de Padoue, affirmait que dans les nombreuses autopsies qu'il avait pratiquées publiquement à Padoue, à Paris et dans beaucoup d'autres villes, il ne se souvenait pas d'avoir jamais trouvé aucune lésion du foie chez ceux qui avaient succombé au mal français, malgré tous les soins qu'il avait mis à les rechercher, et il croyait que personne n'en avait trouvé. « *Præterea si tale hepar in ægrotantibus assignatis fieret, dum vivunt, post eorum mortem tale etiam reperiremus, vel saltem manifesta admodum vestigia apparerent, nec tamen hujusmodi memini unquam me perspexisse, licet multa corpora publice Patavii, Lutetiæ, et quamplurimis civitatibus diligentia qua potui secuerim, quæ indubitata omnium fide hac adversa lue usque ad ultimum diem laborasse cognovimus, nec quemquam esse opinor, qui tale jecur in iis, qui hoc morbo intereunt, vidisse fateatur.* » (De morbo gallico methodus 1556.)

Sept ans plus tard encore, en 1563, Léonard Botal combattit aussi les opinions de Montanus dans un livre intitulé : *Luis venereæ curandæ ratio.*

Cependant ces idées ne cessèrent pas complétement d'avoir cours, puisqu'en 1611 un candidat de la faculté de Montpellier, du nom de Jean Hartmann, écrivit dans sa thèse inaugurale ces mots qui sont la reproduction exacte de l'opinion de Montanus : « *Luem veneream habere in hepate præcipuum fundamentum, basim et radicem.* »

Plus tard, la réaction entraîna les esprits dans un sens tout contraire, et personne ne songea plus aux lésions syphilitiques du foie auxquelles l'anatomie pathologique est venue de nos jours donner définitivement droit de domicile, surtout depuis le mémoire de M. Gubler.

Les faits d'hépatite syphilitique qui ont été publiés sont assez nombreux aujourd'hui, mais ils se rapportent, pour la plupart, à la syphilis héréditaire. Ces faits, très-complets au point de vue de l'anatomie pathologique, le sont au contraire très-peu sous les autres rapports; aussi MM. Maisonneuve et Montanier déclarent-ils, dans leur Traité des maladies vénériennes, « qu'ils ne sont pas en mesure de fournir les éléments d'un bou diagnostic. » Voilà pourquoi j'ai pensé qu'un fait de cette maladie, observé chez un adulte et terminé par la guérison, serait digne d'être publié et pourrait peut-être offrir quelque intérêt.

Le nommé X....., d'un tempérament sec et nerveux, mais fort et bien constitué, contracta en 1863 une écoulement uréthral pour lequel il se fit traiter par un praticien de notre ville qui lui fit prendre un très-grand nombre de remèdes. Après six mois de traitement, l'écoulement persistant encore, il lui survint des syphilides et des plaques muqueuses à la gorge et à l'anus. L'étonnement fut grand pour lui et pour le médecin qui le traitait, car ils n'avaient aperçu aucune trace de chancre ni l'un ni l'autre, quoiqu'il fît à son médecin de fréquentes visites et qu'il s'observât avec le plus grand soin. Avait-il eu un chancre intra-uréthral méconnu? On ne pourrait l'affirmer, mais cette supposition me paraît d'autant plus probable que le malade reconnaît que, depuis cette époque, son jet d'urine est un peu moins volumineux qu'autrefois.

Son médecin le soumit à un traitement antisyphilitique mais il lui fit prendre très-peu de mercure. Il lui pres-

crivit des sirops iodurés de tout genre, et cela pendant plusieurs années, abandonnant la médication aussitôt que les syphilides avaient disparu et la reprenant à chaque réapparition nouvelle.

En 1866, trois ans après le début de sa maladie, il poursuivait encore son traitement, affaibli, amaigri, exténué.

Pour combattre cet état d'épuisement, on lui prescrivit les bains de mer, où il alla deux années de suite, et il s'en trouva bien.

En juillet 1868, se sentant beaucoup mieux, il eut recours aux sueurs forcées et aux purgations répétées, à la suite desquelles il commença à éprouver une douleur fixe dans l'hypochondre droit. Cette douleur fut combattue par différents moyens, mais surtout par une série de vésicatoires promenés tout autour de la région douloureuse, et cela sans aucun succès.

Le 8 décembre, M. X... vint me consulter, se plaignant d'une douleur constante dans l'hypochondre droit. Cette douleur existait surtout à la partie antéro-externe de l'hypochondre. Elle était profonde, obtuse et agaçante, plutôt que vive et poignante. Elle avait évidemment son siége dans le foie, qui était volumineux et descendait deux ou trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. La pression sur cette partie libre du foie était peu sensible; au contraire, celle des intervalles intercostaux réveillait assez fortement la douleur.

La matité hépatique mesurait de haut en bas environ 12 centimètres. Pas d'ictère, ni actuellement ni antérieurement; — appétit un peu diminué; — digestions passables; — amaigrissement prononcé; — forces notablement diminuées.

Je crus avoir affaire à un engorgement inflammatoire du foie, et je prescrivis de l'eau de Vichy et des onc-

tions sur l'hypochondre avec un liniment savonneux et camphré.

Trois jours après, M. X... revint me voir, parce que ses douleurs avaient pris un caractère plus tranché : tolérables le jour, elles acquéraient tous les soirs une intensité beaucoup plus grande et s'accompagnaient d'agitation, d'insomnie et d'un peu de réaction fébrile.

Croyant reconnaître à ces caractères une fièvre larvée, je lui prescrivis des pilules de sulfate de quinine et d'extrait d'aconit, et je lui fis faire des frictions sur la région du foie avec un mélange de teinture de quina et de teinture d'opium.

Le 28 décembre, je revis le malade. Cette médication antipériodique avait échoué, et l'eau de Vichy avait été reprise sans plus de résultat. Les douleurs étaient toujours aussi intenses et présentaient toujours les mêmes redoublements la nuit.

Le foie, exploré de nouveau avec le plus grand soin, offrait les mêmes caractères que le 8 décembre : même sensibilité à la pression et matité au moins aussi étendue. Il me vint alors à la pensée que cet engorgement et ces douleurs avec redoublement nocturne pourraient bien être l'expression d'une affection syphilitique du foie.

Je l'interrogeai sur ses antécédents, et ses réponses, qui m'apprirent ce que j'ai raconté plus haut, me confirmèrent dans les soupçons que j'avais conçus, quoiqu'il n'existât alors chez ce malade aucun autre symptôme syphilitique.

Je le soumis en conséquence à l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 0,25 centigrammes par jour, et je fis faire sur l'hypochondre des frictions avec une pommade iodurée.

Cinq jours après, le 2 janvier, les douleurs avaient sensiblement diminué, ainsi que la matité hépatique. —

0,50 centigrammes d'iodure de potassium par jour pendant trois jours ; — 0,75 centigrammes par jour ensuite.

Le 9 janvier, amélioration très-grande. La douleur perçue par le malade est faible. La matité hépatique a diminué de plus d'un centimètre dans le sens vertical. L'appétit est meilleur ; les forces ont déjà un peu augmenté. On prendra un gramme par jour d'iodure de potassium.

Cette médication est poursuivie en augmentant la dose de l'iodure de 0,25 centigrammes tous les cinq ou six jours, et l'amélioration continue à se faire progressivement. Le 1er mars, la matité hépatique n'avait plus que sept centimètres d'étendue. Le malade n'éprouvait plus aucune douleur dans l'hypochondre ni spontanément ni à la pression. Les fonctions digestives étaient rétablies, ainsi que les forces et l'embonpoint. Le malade se croyant guéri voulait cesser son traitement, que je lui fis continuer en augmentant encore la dose de l'iodure potassique de 0,25 centigrammes tous les huit jours.

Le 9 avril je le revis. Le foie paraissait dans son état normal, et le malade, qui alors était arrivé à la dose de 3,75 centigrammes d'iodure par jour, cessa toute médication, quoique j'eusse insisté pour qu'il la prolongeât encore pendant plusieurs mois.

Je l'ai revu maintes fois depuis. Aucun symptôme n'a reparu ; mais je n'ose compter sur une guérison définitive à cause de l'interruption trop hâtive de son traitement.

Réflexions. Après avoir lu attentivement l'observation qui précède, il est naturel de se poser les trois questions suivantes : Ce malade était-il affecté d'une maladie syphilitique du foie ? S'il en est ainsi, aurait-on pu arriver à ce diagnostic d'emblée, sans passer par les tâtonnements aux-

quels je me suis livré ? Quelle était la lésion probable dont le foie était atteint ?

1° *Le malade était-il atteint d'une maladie syphilitique du foie ?*

Il fut un temps où l'on attribuait volontiers au virus syphilitique toutes les maladies qui survenaient chez des individus atteints antérieurement de quelque accident vénérien. Astruc énumère comme pouvant procéder de ce virus toutes les maladies graves du cerveau, du poumon, du foie, des reins, de l'utérus, telles que les squirrhes, les hydatides, les polypes, les abcès, etc. Portal cite des observations de maladie du foie qu'il attribue à la syphilis, parce que les personnes qui en étaient atteintes avaient eu ou avaient encore une leucorrhée ou des rhagades, ou des porreaux ou des excoriations du gland, etc. Mais aujourd'hui on est en droit d'exiger plus de précision et l'on ne peut plus se contenter de preuves aussi insuffisantes. Notre malade avait eu, lui, à n'en pas douter, une syphilis parfaitement constatée. Cette syphilis avait été traitée, non par le mercure, mais par l'iodure de potassium presque exclusivement, et son traitement n'avait pas été fait d'une manière continue mais par fragments détachés. Dans ces conditions il y avait de grandes probabilités pour que la guérison obtenue ne fût qu'apparente, pour que la diathèse subsistât encore et pour qu'elle manifestât sa présence à la première occasion. Cette occasion semble avoir été fournie chez notre malade par les purgations réitérées auxquelles il s'est soumis, lesquelles ont surexcité peut-être outre mesure l'appareil biliaire.

Quoi qu'il en soit, il est survenu chez M. X... une maladie du foie, et cette maladie a résisté aux moyens qui d'ordinaire guérissent ou soulagent lorsque l'affection n'a rien de spécifique. Puis sont survenus des redoublements nocturnes contre lesquels le sulfate de quinine a échoué et qui ont cédé rapidement, ainsi que les autres symptômes, à

l'action de l'iodure de potassium. De tout cela je crois pouvoir conclure que la maladie était bien de nature syphilitique, car c'est ici le cas d'appliquer l'aphorisme : *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Dira-t-on que l'iodure de potassium a pu agir ici, non comme antisyphilitique mais comme fondant et résolutif et que, par conséquent, le résultat obtenu ne prouve rien concernant la nature de la maladie ? Si la résolution était survenue lentement, peut-être aurait-on le droit de faire cette supposition. Mais la promptitude remarquable avec laquelle tous les symptômes se sont amendés et la rapidité avec laquelle le foie est revenu à son volume normal, ne peuvent certainement s'expliquer que par une action spécifique (1).

2° *Aurait-on pu arriver à ce diagnostic d'emblée, sans tâtonnements ?*

Si j'avais connu les antécédents de M. X... lors de sa première visite, j'aurais incliné à admettre d'emblée la nature syphilitique de la maladie dont il était atteint, car il existait chez lui, quelques symptômes qui auraient permis de pencher dans ce sens. En effet, la douleur n'occupait pas toute l'étendue du foie. Elle était localisée sous les fausse côtes, au niveau de la partie antérieure et externe du lobe moyen de ce viscère, ce qui devait faire supposer une maladie

(1) M. Hérard a publié dans le *Bulletin de la Société de médecine des hôpitaux de Paris* (2e série t. 1) une observation ayant beaucoup d'analogie avec celle que je viens de faire connaître, sauf que sa malade était atteinte en outre d'albuminurie et d'anasarque.

Une autre observation qui présente aussi beaucoup de ressemblance avec la mienne est celle qui porte le n° 4 dans le mémoire que M. le docteur Leudet, de Rouen, a publié dans les archives générales de médecine, février et mars 1866. Dans ces deux derniers cas, l'iodure de potassium a fait disparaître l'engorgement du foie et les autres symptômes avec une rapidité remarquable.

localisée dans ce lobe, tandis que les engorgements dus à l'inflamation sont d'habitude plus généralisés. Ces douleurs, redoublant la nuit, simulaient une fièvre larvée ; mais ce qui aurait pu éloigner de cette supposition, c'était l'augmentation très-marquée du volume du foie qui n'existe pas ordinairement dans cette dernière affection. Ainsi, les antécédents du malade connus, l'augmentation du volume du foie, la localisation de la douleur et son redoublement nocturne auraient pu conduire au diagnostic et permettre de commencer la médication par l'emploi de l'iodure de potassium.

3° *Quelle était la lésion probable dont le foie était atteint ?*

En tenant compte de l'âge de la maladie, de la marche qu'elle avait suivie et des symptômes qu'elle présentait, on est en en droit de supposer qu'elle consistait en une tumeur gommeuse développée sur la partie externe du lobe moyen du foie. Cette tumeur était allée en augmentant graduellement et devait être entourée d'un cercle inflammatoire qui explique l'engorgement de ce lobe et sa projection au-dessous des fausses côtes. L'iodure de potassium ayant produit rapidement la résolution de cette tumeur, a fait disparaître du même coup l'auréole inflammatoire et l'engorgement secondaire du foie.

DES

RÉSULTATS CLINIQUES ET SCIENTIFIQUES

OBTENUS

AVEC LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE SUBLIMÉ A PETITES DOSES

DANS L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS

PAR LIÉGEOIS

Chirurgien de l'Hôpital du Midi

(*Suite.*)

Procédé de Lewin. — Le procédé que j'ai employé diffère de celui de Lewin uniquement par la dose de sublimé contenue dans l'injection. Tandis que Lewin injecte en une seule fois, et chaque jour, de 0,006^{mm} de sublimé à 0,025^{mm}, et plus, en dissolution dans 1 gr. d'eau, j'injecte chaque jour 4 mill. 1/2 en dissolution dans 2 gr. d'eau, en deux fois. Tandis, aussi, que Lewin varie ses doses suivant qu'il le juge nécessaire, j'ai injecté jusqu'ici invariablement la même quantité de bichlorure, à l'exception de certains cas, sur lesquels je reviendrai bientôt. Or, ces

différences dans les deux manières de faire suffisent pour entraîner avec elles des effets dissemblables, et au point de vue des effets locaux de l'injection et au point de vue des résultats obtenus sur la durée du traitement, sans doute aussi sur les récidives.

Énumérons d'abord rapidement les résultats acquis par le procédé de Lewin. Généralement après l'injection apparaît une rougeur diffuse autour de la piqûre. Plus tard, le tissu cellulaire se gonfle et la peau se soulève; alors elle est douloureuse à la pression, puis la rougeur et la douleur disparaissent dans un temps variable suivant les sujets.

Il n'est pas rare qu'il se forme au bout d'un certain temps au niveau de l'injection des indurations qui, quelquefois, persistent pendant des semaines et même des mois.

Des abcès quelquefois surviennent, surtout quand les injections sont faites à proximité des ganglions, ainsi à la partie supérieure des bras, à la racine de la cuisse. Ils sont plus fréquents chez les sujets cachectiques.

La stomatite est fréquente. Chez 356 femmes, il y a eu 144 cas de stomatite, 40 p. 0/0. Chez 144 hommes, il y a eu 51 cas de stomatite, 35 1/2 p. 0/0.

En tout, sur 500 cas, 195 stomatites, 37 p. 0/0.

Sur les 144 cas de stomatites observées chez les femmes, 79 ont dû interrompre leur traitement pour cette cause.

La durée moyenne de cet accident a été de 7 jours.

Les résultats généraux que Lewin a publiés portent sur des femmes; nous verrons plus loin pourquoi.

Ses sujets sont divisés en 9 catégories, suivant le traitement antérieur ou simultané qui a été fait.

1re *catégorie.* — Malades auxquelles le sublimé a été injecté. sans qu'aucune autre médication ait été faite simultanément.

107 cas, 24 récidives, 22.43 p. 0/0.

16 ont eu une seule récidive.

8 en ont eu plusieurs.

2e *catégorie.* — Malades qui, avant les injections, ont été soumises à un traitement sudorifique par la salsepareille.

58 cas, 19 récidives, 32.76 p. 0/0.

11 ont eu une seule récidive.

8 en ont eu plusieurs.

3e *catégorie.* — Malades chez lesquelles, outre les injections sous-cutanées, il y a eu administration de l'iodure de potassium.

60 cas, 14 récidives, 23.33 p. 0/0.

4e *catégorie.* — Malades chez lesquelles les injections de sublimé ont été employées simultanément avec le chlorate de potasse à l'intérieur.

60 cas avec 14 récidives. 23.33 p. 0/0.

5e *catégorie.* — Malades chez lesquelles les injections de sublimé ont été employées simultanément avec l'iodure de potassium et le traitement sudorifique.

24 cas, 8 récidives, 33.33 p. 0/0.

5 ont eu une seule récidive.

3 en ont eu plusieurs.

6e *catégorie.* — Malades qui avaient été traités par les mercuriaux à l'intérieur un certain temps avant les injections.

8 cas, une récidive, 12.5 p. 0/0.

Par conséquent, sur 356 femmes, 89, c'est-à-dire 25 p. 0/0, ont été atteintes de récidives. Ces chiffres sont bien inférieurs à ceux que Lewin a recueillis en recherchant les résultats obtenus à l'hôpital de la Charité par les autres méthodes, et notamment par l'administration des mercuriaux par la voie digestive ; cette dernière compte 93 p. 0/0 de récidives.

Lewin fait remarquer de plus que sur les 89 cas de récidives, 23 fois la récidive présentait les mêmes caractères que la maladie primordiale; 66 fois elle présentait une forme relativement plus légère.

La quantité de sublimé nécessaire pour obtenir la guérison a été, en moyenne, de 0.15 centigrammes, injectés en 15 jours.

Mettons maintenant en parallèle nos résultats avec ceux de Lewin. Par le procédé des injections à petites doses, on est à peu près sûrement à l'abri de tous les accidents locaux que cause le procédé de Lewin, et que j'ai constatés dans mes premières tentatives à l'hôpital de Lourcine. Jusqu'ici, en effet, j'ai pratiqué 19,992 injections, et j'ai eu seulement deux ulcérations légères superficielles au niveau des piqûres. On est aussi à peu près sûrement à l'abri de la stomatite, puisque je ne l'ai observée que 4 fois chez 196 sujets, tandis que Lewin l'a constatée 37 fois sur 100. Au point de vue de l'innocuité du procédé, le nôtre l'emporte par conséquent sur celui du syphilographe prussien.

Voyons maintenant pour les résultats généraux. Par le procédé de Lewin, le chiffre des récidives générales survenues à la suite des injections hypodermiques, qu'un autre traitement antérieur ou simultané ait été fait ou non, ce chiffre est de 25 p. 0/0.

Ce chiffre est à peu de choses près le même que celui que j'ai obteun à Lourcine avec l'emploi de ce procédé; sur 18 femmes traitées à Lourcine par moi, je constatais 5 récidives.

Par notre procédé à petites doses, il est de 9.50 p. 0/0.

Par le procédé de Lewin, le chiffre des récidives chez les femmes qui avaient subi un traitement mercuriel avant leur entrée à l'hôpital a été de 12.5 p. 0/0. Par notre procédé, il a été de 6.06.

Par le procédé de Lewin, le chiffre des récidives chez

les sujets qui avaient subi avec les injections de sublimé un autre traitement (iodure de potassium, chlorate de potasse, traitement sudorifique), le chiffre n'est que de 23.33 p. 0/0. pour les uns, de 33 p. 0/0 pour les autres. — Par notre procédé, le chiffre des récidives chez les sujets qui avaient été mis aux toniques en même temps qu'aux injections est de 13 p. 0/0.

Enfin le chiffre des récidives chez les sujets qui avaient été mis exclusivement aux injections de sublimé par le procédé de Lewin a été de 22.43 p. 0/0. Par notre procédé, il a été de 7.69.

On ne peut toutefois manquer d'être frappé de la concordance des résultats de Lewin et des miens au point de vue de l'influence qu'ont les diverses conditions thérapeutiques sur le nombre des récidives chez les sujets mis aux injections de sublimé. Il est facile de reconnaître qu'avec l'un et l'autre procédé (voy. page 19), les sujets qui sont le moins exposés aux récidives sont d'abord ceux qui ont subi un certain temps avant leur entrée un traitement mercuriel, puis viennent ceux qui ont été mis exclusivement aux injections, enfin ceux qui ont été mis à un traitement interne non mercuriel en même temps qu'aux injections. Seulement, les chiffres des récidives de Lewin se montrent toujours supérieurs aux miens.

Enfin, avec le procédé de Lewin, la guérison est obtenue, en moyenne, en 15 ou 20 jours avec 15 centigrammes de sublimé; par mon procédé, elle est obtenue seulement en 37 jours, et avec une moyenne de 14 centigrammes de sublimé. Le procédé de Lewin paraît donc ici avoir l'avantage sur le mien, puisqu'il guérit les accidents secondaires de la syphilis dans un temps plus court que celui qui m'est nécessaire. Mais je crois, au contraire, que c'est là un des inconvénients de la méthode; plus les manifestations secondaires de la syphilis guérissent vite, plus celle-ci est

sujette à la récidive; plus, au contraire, la guérison réclame un traitement prolongé, plus il y a de chance pour une guérison durable. Ce sont là des rapports qui se sont montrés trop constants dans ma statistique générale et dans mes statistiques partielles pour qu'ils ne soient pas l'expression de la vérité. Il n'est donc pas étonnant que les récidives soient beaucoup plus fréquentes avec le procédé de Lewin qu'avec le mien. Les chances plus grandes de guérison durable me paraissent par conséquent, dans mon procédé, compenser amplement l'inconvénient du temps que les injections exigent pour amener la guérison.

Il ne faudrait pas toutefois attacher à cette comparaison des deux procédés portant sur les résultats généraux une valeur absolue. Pour que cela soit, il faudrait que les statistiques de Lewin et les miennes reposassent sur la même base, et, de plus, il faudrait que nos malades aient été placés dans des conditions identiques, ce qui n'est pas. Lewin, en effet, fait porter sa statistique sur 356 femmes, sans faire, comme moi, deux catégories de malades : l'une comprenant les sujets sortis guéris de l'hôpital, l'autre comprenant les sujets améliorés.

Sans aucun doute, la meilleure manière de procéder est celle de Lewin; mais, applicable dans son service de femmes, elle ne l'est plus dans son service d'hommes, elle ne l'est pas non plus dans la plupart des hôpitaux affectés au traitement de la syphilis. Les femmes de la Charité de Berlin, en effet, sont presque toutes des femmes envoyées par la police, et qui ne sortent de l'hospice que quand elles sont guéries; de plus, elles sont obligées de se représenter de temps à autre. De là deux avantages immenses : 1° la facilité de guérir presque toutes les malades atteintes de syphilis; 2° celle de pouvoir suivre leurs observations pendant un très-long temps. On comprend donc pourquoi Lewin n'a pas à avoir beaucoup égard aux améliorés, qui

sans aucun doute sont en petit nombre. Même placé dans de telles conditions, Lewin se trouve encore en face d'une difficulté. Sur ces 356 malades, 80 n'étaient pas soumises à la police ; celles-là n'ont pas sans doute été toutes guéries et il n'a pu en revoir que 10. Reste 70 femmes que l'on n'a plus revues. Les 89 récidives signalées par Lewin n'appartiennent donc en réalité qu'à 296 sujets revus ultérieurement. Et, pour rétablir l'exactitude autant que possible, il croit devoir ajouter au nombre total des récidives constatées (25 0/0) un chiffre proportionnel à celui-ci pour les malades qui ne sont pas rentrées chez lui, ce qui fait très-approximativement 38. 8 p. 0/0 de récidives sur 356 sujets.

Il est facile de comprendre maintenant pourquoi Lewin ne fait pas de statistiques d'hommes, lesquels, ne pouvant être retenus de force à l'hôpital, quittent souvent celui-ci n'étant encore qu'améliorés, lesquels aussi échappent dans une grande ville très facilement à l'observation.

Pour nous, à Paris, qui n'avons aucun pouvoir pour retenir dans nos salles les sujets qui, pour un motif ou pour un autre, abandonnent leur traitement, qui ne pouvons non plus facilement les retrouver une fois sortis, nous sommes dans la nécessité de considérer les améliorés comme des malades sans signification en quelque sorte pour nos recherches statistiques, si ce n'est cependant pour la question de savoir si le nombre des individus améliorés par le procédé que l'on étudie n'est pas en excédant sur le nombre des sujets améliorés par un autre procédé. Quant aux sujets sortis guéris, nous demeurons toujours dans l'incertitude sur leur sort, malgré nos recherches à cet égard.

Dans la comparaison des deux procédés hypodermiques que je cherche à établir, on ne doit point oublier non plus que la statistique de Lewin a été dressée après deux années d'observation, la mienne après une seule année. Toutefois je dois dire que depuis le 1er décembre, jour où ma

statistique s'arrête jusqu'à aujourd'hui 1er juillet, 6 mois se sont écoulés, c'est-à-dire un temps nécessaire pour que les sujets traités en 1868 et chez lesquels la guérison ne s'est point démentie jusqu'à ce jour, aient peu de chance d'avoir des rechutes. Or, pendant ces derniers mois, il n'est rentré dans mes salles du Midi et dans les autres services à ma connaissance du moins, que 4 sujets sur 127 malades ; pr conséquent, ajoutant ces 4 sujets aux 12 autres qui ont récidivé l'année dernière, je n'ai encore jusqu'ici que 14, 17 0/0 de récidives, chiffre inférieur à celui de Lewin.

D'un autre côté Lewin usait souvent, sinon toujours d'un traitement local; c'est là, sans aucun doute, une cause qui a de l'influence sur la rapidité de la guérison, peut-être aussi sur sa persistance, qui, par conséquent a de l'influence sur la dissemblance de nos résultats respectifs. De plus Lewin ne faisait pas, comme je l'ai fait, un triage des syphilis graves auxquelles seules s'appliquait la méthode sous-cutanée. Lewin laissait ses malades libres de suivre sous sa direction le moyen de traitement qu'ils désiraient ; par conséquent, les sujets soumis par cet auteur aux injections devaient se composer de malades atteints d'accidents secondaires d'intensité très-variable.

Enfin Lewin n'injectait pas chaque jour les mêmes quantités de sublimé; souvent, du moins, il variait les doses, suivant que l'affection présentait plus ou moins de résistance au traitement. Par cela même que cette manière de faire précipite dans la généralité des cas la disparition des accidents secondaires, elle doit avoir une grande importance sur le retour assez fréquent des récidives. Mais, de plus comme elle n'est soumise à aucune règle fixe, elle ne peut entre les mains des praticiens donner toujours des résultats à peu près semblables ; c'est sans aucun doute la raison pour laquelle les résultats de Bœse, de Merscheim, de Grünfeld, de Stohr, présentent des différences si notables au

point de vue du temps nécessité pour la guérison, et au point de vue des accidents que la méthode peut entraîner avec elle. Tandis, en effet, que Lewin guérit ses malades en 16 jours, Bæse les guérit en 20, 30 jours, Grünfeld en 93 jours, Stohr en 23 jours, chacun variant les doses à sa façon. Tandis aussi que Bœse, Klemm, Merscheim, se montrent assez favorables à la méthode, Grünfeld, sans la rejeter, la place, au point de vue de son importance, au dessous des frictions, enfin le Dr Stohr la condamne absolument et la regarde comme étant la méthode la plus surfaite et la moins praticable qui ait été proposée. Avec le procédé d'injection que j'emploie j'espère que, entre les mains des médecins qui sont à même de juger la question sur une grande échelle, les résultats ne seront jamais aussi variables ; toutefois, il est probable que dans le nombre des injections nécessaires pour la guérison, dans le nombre des récidives il y aura des oscillations dues surtout à la nature des accidents qui feront l'objet des statistiques. Il est bien évident que si une statistique portait par exemple surtout sur des individus atteints de syphilides, d'ectyma, etc., celle-ci différerait essentiellement au point de vue de la durée du traitement de celle qui porterait sur des individus atteints de roséole, par exemple, de plaques muqueuses. En tout cas j'aime à penser que tous les observateurs seront unanimes pour considérer mon procédé comme indemne de tout inconvénient, ne donnant lieu par lui-même ni à aucun accident local, ni à aucun accident général.

L'augmentation progressive des doses de sublimé ne doit pas être cependant rejetée ; loin de là, car, ce moyen est susceptible de rendre pour certains cas d'éminents services qnand par exemple il s'agit d'accidents qui constituent pour les malades de véritables infirmités, ou qui menacent la fonction d'un organe, ou celle d'un appareil, c'est-

à-dire la vie. Pour ces cas, on comprend qu'on doive s'attacher exclusivement à faire disparaître sans retard les accidents de la nature de ceux que nous venons de citer, sauf à prolonger le traitement après la guérison pendant un certain temps, afin d'empêcher les rechutes. Or, le sublimé à dose croissante remplit merveilleusement cette indication. J'ai montré à la société de chirurgie un sujet atteint de syphilide tuberculo-crustacée couvrant la face tout entière de façon à le rendre hideux, couvrant aussi presque toute la surface du cou, du tronc et des membres. Ce sujet avait été traité pendant une année par le sirop de biiodure de mercure chez M. Bazin pour de vastes ulcérations secondaires disséminées sur les divers points du corps, et consécutives à un chancre qui datait d'une année avant son entrée à Saint-Louis. Après être sorti de chez M. Bazin guéri de ces ulcérations, il fut atteint peu après d'une syphilide tuberculo-crustacéee pour laquelle il fut traité inutilement pendant une année par le muriate d'or. C'est après avoir subi ce traitement qu'il entra dans mon service.

En 10 jours sous l'influence de doses croissantes de sublimé depuis 0,004 jusqu'à 0,016 milligr. c'est-à-dire 1 cent.1/2, les syphilides avaient complétement disparu et étaient remplacées par des squammes plus ou moins épaisses. A partir de cette époque je revins graduellement à ma dose habituelle, et, 10 jours après le malade ne présentait plus comme trace de son affection que des plaques plus ou moins rouges, sans aucune trace de croûtes, ni de squammes (1). D'autre part, j'ai pu guérir en 2 jours une

NOTA. Je dois dire ici, six mois après que ce mémoire a été rédigé, que la guérison de ce sujet n'a été que temporaire; deux mois après cette rapide amélioration obtenue par les injections de sublimé,]fut pris d'ulcérations simples sur diverses parties de la peau, du

iritis syphilitique qui avait résisté à tous les traitements habituellement employés, qui avait résisté même aux injections du sublimé à dose faible. Il m'a suffi pour cela de doubler et de tripler la dose. Enfin tout récemment j'ai pu dissiper par le même moyen en 2 jours (4 injections chaque jour) une dyspnée extraordinaire, due à la présence de plaques muqueuses du larynx. Cette dyspnée était telle que le 1er jour où 4 injections furent faites, les internes de l'hôpital ont failli pratiquer la trachéotomie. Il est vrai de dire que 5 cent. d'émétique avaient été prescrits au malade, et qu'on fit usage de sinapismes sur les membres. Malgré cela, il y a tout lieu de croire, vu l'intensité des accidents, que le sublimé a pris une large part à la guérison. Ainsi donc, on doit s'attendre à ce que le procédé hypodermique à doses de sublimé graduellement croissantes rendra dans l'avenir des services qu'aucune méthode jusqu'ici n'a pu rendre. Elle permet de manier pour ainsi dire à son gré les manifestations secondaires de la syphilis; toutefois pour mon compte personnel, je ne ferai usage de ce procédé que dans des cas exceptionnels, tels que ceux que je viens de citer, car il me paraît bien plus que le procédé à petites doses exposer le malade aux rechutes.

Les injections de Lewin peuvent assurément atteindre le même but que les miennes, elles l'ont atteint du reste, car Lewin a guéri, comme moi en trois jours, une iritis avec 0,010 cent. de sublimé; seulement les injections de sublimé telles que je les donne, mettent, même quand elles sont faites en un jour au nombre de 4, 6, 8, à l'abri de tout accident local, et sont très-supportables, ce qui n'est pas si on multiplie les injections avec la solution de Lewin.

tronc, de la langue, ulcérations dont il n'est point encore aujourd'hui complétement débarrassé (8 janvier 1870).

Traitement par la liqueur de Van Swieten et le protoiodure de mercure. — Comme je l'ai dit, les malades les moins affectés de syphilis ont été mis dans mes salles à la liqueur et au protoiodure. Ces malades vont me servir de termes de comparaison avec ceux mis aux injections de sublimé; 21 sujets ont été traités par la liqueur, à la dose de 2 cuillerées à bouche chaque jour. 10 malades ont été guéris, 11 ont été améliorés. Sur les 10 guéris j'ai eu une récidive, 4.10 p. 0/0 ; sur les 11 améliorés, j'ai eu une récidive aussi, 9.81 p.0/0. On voit donc que, même avec des malades chez lesquels les manifestations secondaires de la syphilis étaient peu intenses, le chiffre des récidives avec la liqueur a été plus considérable que chez ceux mis aux injections, et atteints d'accidents beaucoup plus sérieux que les premiers. Ce chiffre serait sans doute plus considérable, si un certain nombre de sujets, mis à la liqueur à leur entrée, n'avaient demandé à être mis aux injections, soit, parce qu'ils s'amélioraient moins rapidement que les autres, soit parce qu'ils éprouvaient des accidents du côté du tube digestif.

Sur ce petit nombre de malades, il m'a été permis de constater ce qui est admis par la généralité des médecins, que la présence de la liqueur dans le tube digestif est une cause fréquente d'anorexie, de dyspepsie, de colique, de diarrhée, que, de plus, elle donnait fréquemment lieu à la salivation (10 cas sur nos 21 sujets). Ces inconvénients suffiraient à eux seuls pour faire préférer les injections à ce mode de traitement.

78 malades ont été traités par le protoiodure de mercure à la dose de 10 centig. par jour, en deux pilules. Encore ici, j'ai fait à ce procédé la part aussi belle que possible, car, parmi ces 78 malades, pas un n'avait une syphilis qui menaçât d'être grave. De plus, sur ces 78 malades, 10 avaient déjà subi un traitement antérieur, la syphilis chez ceux-ci était par conséquent atténuée. Enfin, 3 malades qui s'a-

méIioraient très-lentement ont échappé au protoiodure pour être soumis aux injections. Or, sur ces 78 malades 31 ont guéri, 39.74 p. 0/0 ; 47 ont été améliorés, 61.26 p. 0/0.

Sur les 31 guéris, j'ai eu 4 récidives, 12.29 p. 0/0. Sur les 47 améliorés, j'ai eu 6 récidives, 12.97 p. 0/0. Par conséquent, même dans des conditions aussi avantageuses que celles où se trouvaient ces sujets, l'avantage est aux injections hypodermiques qui comptent pour les guéris 9.45 seulement de récidives. A la vérité, les récidives des améliorés (12.97 p. 0/0) sont en moins grand nombre que celles des sujets améliorés mis aux injections (20.30) ; mais il n'est pas supposable que le traitement par le protoiodure mette les améliorés plus à l'abri des rechutes que le traitement hypodermique, quand ce dernier prévient celles-ci d'une façon plus efficace que le premier chez les sujets sortis guéris. C'est la raison pour laquelle je n'ai pas cru devoir rechercher dans les salles de mes collègues du Midi combien il y était entré de mes sujets.

Chacun sait, du reste, que les chiffres de 40, 60, 80 p. 0/0 sont les chiffres de récidives signalés par les auteurs chez les malades soumis au protoiodure ; ces chiffres sont bien loin de ceux qui se rapportent aux injections de sublimé.

On voit aussi dans les résultats que je viens de consigner que les sujets améliorés par le protoiodure sont en très-fortes proportions par rapport aux guéris : 39.74 p. 0/0 guéris ; 61.26 p. 0/0 améliorés.

Chez les sujets mis aux injections, j'ai, au contraire, 64.46 p. 0/0 de guéris, et 35.53 p. 0/0 seulement d'améliorés. J'utilise ici ces chiffres pour démontrer que les injections sont supportées plus patiemment par les malades d'hôpital, jusqu'à leur entière guérison, que le protoiodure. Et, on le concevra facilement, si l'on songe qu'un malade mis au protoiodure ne peut savoir ni de son médecin ni de ses compagnons de salle combien de pilules il doit prendre

pour guérir. Un jour ou l'autre il s'en lasse, et, le plus souvent, il quitte le serviee en voie de guérison seulement, se proposant ou non de poursuivre ehcz lui son traitement. Les malades mis aux injeetions savent, au contraire, que le maximum d'injeetions nécessaires pour guérir est de 100 ou de 120; et dès lors ils ne reculent point devant ce temps, constatant, du reste, chaque jour l'efficaeité du moyen. C'est, à mes yeux, pour les serviees hospitaliers un des grands avantages de la méthode hypodermique, en ee sens qu'il est pour beaucoup dans la diminution du ehiffre des malades qui rentrent à nouveau dans les hôpitaux pour leur syphilis. Remarquons, de plus, que nos 69 améliorés ont pris une moyenne de 50 injections, les guéris en ayant pris 68 : e'est dire que les premiers touehaient presque à leur guérison quand ils ont quitté l'hôpital; e'est expliquer aussi le ehiffre relativement faible de leurs récidives, 20 à 30 p. 0/0, chiffre qui s'est aeeru eependant depuis le mois de déeembre, et est monté, jusqu'au mois de juin suivant, à 25.30 p. 0/0.

Chez les 78 malades traités par le protoiodure de mercure, 15 fois j'ai eonstaté de la salivation. En général, elle a été faeile à se dissiper avee le ehlorate de potasse. Cet aeeident est donc plus fréquent qu'avec les injections. Quant aux troubles du eôté du tube digestif, ils m'ont paru plus rares qu'avee la liqueur de Van-Swieten; 3 fois seulement j'ai noté des douleurs stomaeales ou des coliques un peu intenses avee diarrhée.

Traitement par les frictions mercurielles. — Je ne dirai qu'un mot sur la valeur eomparée des frietions et des injeetions à petites doses de sublimé, me proposant de revenir sur ce point quand j'aurai à ma disposition plus de faits que je n'en possède aujourd'hui. Cette méthode remplit, comme la méthode hypodermique, la eondition importante d'introduire le mercure dans l'organisme sans qu'il passe

par les voies digestives. Les inconvénients que cette méthode me paraît comporter avec elle sont les suivants :

1° D'exposer à la salivation plus que toute autre méthode, et surtout infiniment plus que les injections hypodermiques ;

2° De nécessiter l'usage d'une substance grasse et fortement colorée, l'onguent napolitain, et d'être, ainsi, une cause de malpropreté pour le malade pendant toute la durée du traitement ;

3° Enfin, de ne pas permettre le dosage de la substance mercurielle introduite dans l'organisme. De là des résultats très-variables chez les sujets soumis à son influence. Toutefois, je suis plus disposé à croire que les frictions ont plutôt le défaut de guérir trop vite les accidents syphilitiques que le défaut contraire, et d'exposer par cela même davantage aux récidives que les autres méthodes.

Bains de sublimé. — Les bains de sublimé ne paraissent avoir sur la syphilis de l'adulte qu'une influence très-limitée, si même cette influence existe. Il n'en est pas de même chez l'enfant, où l'absorption cutanée paraît capable d'emporter dans le torrent circulatoire une certaine quantité de bichlorure. Chez 7 sujets observés à Lourcine et dans ma pratique particulière, âgés de quelques jours à plusieurs mois, et atteints presque tous de plaques muqueuses confluentes sur une ou plusieurs parties du corps, j'ai été à même de constater la guérison rapide et radicale par ce moyen.

Dans la plupart de ces cas, des plaques muqueuses existaient à la face, et, quoique cette partie n'ait pas subi l'action immédiate du bain, elles guérirent avec autant de rapidité que celles du tronc, preuve évidente de la pénétration du sel mercuriel dans l'organisme par la voie cutanée.

Les bains de sublimé me paraissent donc dans la syphilis infantile d'une efficacité telle, qu'on ne doive pas leur préférer les injections sous-cutanées.

Traitement tonique. — A peine avais-je la certitude de l'efficacité de mon procédé, que je mis un certain nombre de sujets (21) au régime tonique. Ces sujets furent choisis parmi ceux qui possédaient les accidents les plus légers. 2 ont guéri : c'était des roséoles; 14 ont été très-légèrement améliorés; 5 sont sortis sans amélioration aucune. Sur ces 21 sujets, 7 ont été mis, sur leur demande, soit au protoiodure, soit à la liqueur, soit aux injections.

On ne peut concevoir de résultats plus malheureux que ceux-là; ils sont une réponse péremptoire à ceux qui pourraient objecter que mes malades traités par les injections sous-cutanées ont guéri malgré le traitement mercuriel, et sous l'influence seule d'un bon régime.

Quant au traitement tonique combiné au traitement local des accidents, je ne mets pas en doute qu'il puisse être efficace; mais, d'une part, j'ai la certitude que les récidives sont plus fréquentes qu'avec n'importe quel traitement mercuriel, de plus, la guérison ne s'obtient qu'au prix de 3, 6, 10 mois de traitement, et les récidives elles-mêmes réclament pour guérir un temps fort long.

Si maintenant nous réunissons en faisceau les avantages du procédé des injections à petite dose, nous dirons :

1° Il est facile à appliquer et ne nécessite même pas l'assistance du médecin, le malade pouvant, sans inconvénient, après quelques conseils, pratiquer lui-même ses injections, ou se les faire donner par des personnes étrangères à la médecine ;

2° Il est le moins dispendieux de tous, le malade pouvant faire usage de seringues en bois ou en caoutchouc durci, dont le prix est très-bas. Ajoutons que le traitement étant commencé, il est rare que l'amélioration n'aille pas progressivement et nécessite le concours du médecin ;

3° Il n'a aucun inconvénient pour le déplacement des

malades après que les deux injections sont faites : 3 malades, traités dans mon cabinet, ont chaque jour, pendant 50 ou 60 jours, regagné leur demeure qui était fort éloignée, sans que les injections reçues aient été pour eux un sujet de préoccupation ;

4° Il met presque sûrement à l'abri des accidents locaux que causent souvent les autres procédés ;

5° Il ne trouble aucune des grandes fonctions ; au contraire il paraît les activer, notamment les fonctions de digestion. C'est là une raison qui doit faire préférer les injections à petites doses, surtout chez les femmes enceintes, dont la susceptibilé du tube digestif pour les préparations mercurielles est en général fort grande ;

6° Aucun traitement, même le traitement tonique, ne répare les forces du sujet et n'augmente l'embonpoint mieux que les injections de sublimé à petites doses ;

7° Le procédé est des plus efficaces, car à part la forme ulcéreuse, aucune forme de syphilis secondaire ne lui a été réfractaire ;

8° Il paraît aussi devoir réussir dans la syphilis tertiaire, à en juger par 4 guérisons, obtenues jusqu'ici sur les 4 sujets soumis à mon observation ;

9° Dans les services hospitaliers, son efficacité qui n'échappe pas aux malades par ce qu'ils voient chaque jour sur eux-mêmes et sur leurs compagnons de salles, est une cause puissante qui les retient dans les hôpitaux jusqu'à leur complète guérison ;

10° Dans un service d'hôpital, il permet que le chef de service ait la certitude que le malade suit son traitement ; ce dont on n'est jamais sûr quand il s'agit du protoiodure et de la liqueur de Van Swieten ;

11° Il paraît exposer moins que les autres méthodes aux récidives ;

12° Les récidives sont en règle générale très-bénignes ;

13° En multipliant les injections à petite dose on peut pallier de la manière la plus efficace à des accidents qui sont pour les malades une véritable infirmité ou qui menacent les fonctions d'un organe ou d'un appareil.

Comme inconvénient de la méthode il n'en existe, à proprement parler, qu'un seul, c'est la sensation produite par la piqûre et par l'injection; mais cette sensation n'est pas de nature telle, qu'elle puisse éloigner beaucoup de sujets de l'emploi de la méthode. Sur tous mes malades mis aux injections, 8 seulement se sont refusés à les prendre, après en avoir reçu deux, quatre ou dix. Disons, du reste, que depuis que j'emploie ce moyen, 8 malades seulement sont entrés dans les services voisins du mien à l'hôpital du Midi, et, à ma connaissance, deux seulement sont entrés dans d'autres services.

DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES MERCURIAUX.

Quittons maintenant la partie purement clinique de mon sujet et abordons les points scientifiques vers lesquels celle-ci m'a entraîné. Un des résultats les plus curieux, sans contredit, obtenus par la méthode des injections sous-cutanées de sublimé à petite dose, est l'état d'embonpoint que prennent les sujets syphilitiques qui y sont soumis, embonpoint qui paraît dû moins à l'augmentation de la graisse qu'à un développement général du corps plus considérable. La constatation de ce résultat, observée dès le début de mes expériences, me suggéra l'idée de peser mes malades. Cette recherche, qui n'avait d'abord à mes yeux qu'un médiocre intérêt, en acquit bientôt un immense, comme nous le verrons bientôt, alors que je soumis à la balance des individus soumis à d'autres traitements qu'au traitement par les injections.

D'abord je dus rechercher si les malades entrant à l'hôpital pour des affections peu graves, incapables d'altérer

notablement la santé générale (balanite, chancre mou, epididymite, etc., etc.), si ces individus augmentaient de poids lors de leur séjour dans mes salles, alors qu'ils étaient mis seulement au régime ordinaire de l'hôpital. Inutile de dire que dans toutes les expériences qui vont suivre, les précautions ont été prises pour que les malades se présentassent à la balance toujours dans le même costume ; la plupart, du reste, furent pesés n'ayant que leur chemise. Le tableau n° 4 indique les résultats obtenus.

TABLEAU N° 4.

Malades non syphilitiques mis au régime ordinaire de l'hôpital.

(Gains et pertes de poids.)

Nos D'ORDRE.	SÉJOUR A L'HÔPITAL.	GAINS.	PERTES.	OBSERVATIONS.
		grammes.	grammes.	
1	10 jours.	1,400	»	
2	15 —	900	»	1 sujet gagne 1,575 gr.
3	15 —	1,900	»	
4	15 —	2,100	»	
5	16 —	»	100	
6	20 —	»	1,800	
7	20 —	»	1,000	
8	25 —	»	700	
9	25 —	1,800	»	
10	25 —	1,100	»	1 sujet gagne 198 gr.
11	30 —	»	1,000	
12	30 —	1,180	»	
13	30 —	»	2,100	
14	45 —	200	»	
15	60 —	»	600	
16	60 —	5,400	»	
	TOTAUX....	15,980	7,300	
Différence en gain		8,680		

On voit que sur ces 16 individus non syphilitiques mis au régime ordinaire de l'hôpital et qui ont été pesés, 9 ont

augmenté de poids, 7 ont diminué. En défalquant les pertes des gains, ces 16 individus ont augmenté de 8,680 grammes, 1 individu a gagné 8,680 : 16 = 542 grammes.

Le séjour à l'hôpital pour les sujets de la classe ouvrière est donc, en dehors de toute médication interne reconstituante, une condition favorable à l'augmentation d'embonpoint des sujets. Faisons remarquer seulement que d'après les chiffres consignés dans le tableau ci-dessus, l'augmentation de poids tend surtout à croître pendant les 15 premiers jours ; après cette époque, elle tend à diminuer. En effet, les 4 malades qui sont demeurés à l'hôpital de 10 à 16 jours ont augmenté tous quatre en poids. En moyenne, un sujet a augmenté de 1,575 grammes. Sur les 12 autres malades ayant séjourné à l'hôpital de 16 à 60 jours, 5 seulement ont augmenté et 7 ont diminué ; les gains et les pertes étant très-variables d'un individu à l'autre, 1 sujet a gagné 198 grammes.

J'ai recherché ensuite dans quelle proportion augmentaient les individus entrés à l'hôpital pour un chancre induré et soumis au régime ordinaire de l'hôpital. 3 sujets seulement de cette catégorie ont été pesés.

Le premier à son entrée pesait 58,800 grammes ; à sa sortie, au bout de 20 jours, il pesait 57,300 grammes.

Le second à son entrée pesait 53,200 grammes ; à sa sortie, au bout de 20 jours, il pesait 53,300 grammes.

Le troisième à son entrée pesait 72,500 grammes ; à sa sortie, au bout de 2 mois, il pesait 72,800 grammes.

En somme, les trois sujets ont subi dans leur ensemble une perte de 1,100 grammes. Un sujet a perdu 1,100 : 3= 366. 66. Faisons remarquer toutefois qu'un de ces sujets avait subi une perte considérable de poids (500 grammes), ce qui pourrait bien être une exception. Mais abstraction faite de ce chiffre, il semble bien évident, à en juger par les deux autres, qu'un sujet syphilitique mis au régime

ordinaire de l'hôpital ne gagne pas autant qu'un sujet sain.

J'ai recherché ensuite ce qui advenait au point de vue du poids chez les malades syphilitiques soumis au traitement tonique (vin de quinquina, pilules de Vallet, 4 degrès).

TABLEAU N° 5

Malades syphilitiques mis aux toniques (*vin de quinquina, pilules de Vallet.*)

(Gains et pertes de poids.)

Nos D'ORDRE	SÉJOUR A L'HÔPITAL.	GAINS.	PERTES.	OBSERVATIONS.
		grammes.	grammes.	
1	15 jours.	1,700	»	1 sujet a gagné 1,950 gr.
2	15 —	2,200	»	
3	20 —	»	300	
4	30 —	1,300	»	
5	30 —	1,400	»	
6	30 —	»	900	1 sujet a gagné 328 gr.
7	30 —	1,700	»	
8	30 —	»	400	
9	60 —	»	500	
	Totaux.....	8,300	2,100	
Différence en gain		6,200		

On voit par le tableau que des 9 individus mis au régime tonique et qui ont été pesés, 4 ont diminué de poids. En défalquant les pertes des gains, les 9 individus ont gagné en tout 6,200 grammes, 1 individu a gagné 6,200 : 9=674. Faisons remarquer encore que, de même que chez les individus mis au régime ordinaire de l'hôpital, le poids des gains a été plus considérable chez les individus qui ont séjourné seulement moins de 16 jours à l'hôpital, que chez

ceux qui ont séjourné de 16 à 60 jours, à part un, dont le chiffre 1,700 est égal au chiffre le plus inférieur des premiers. Jusqu'au 15e jour un sujet a gagné 1,950 gr., du 15 au 60e jour il n'a gagné que 328 gr.

Voyons maintenant ce qu'il advient chez les malades syphilitiques mis exclusivement aux injections hypodermiques.

74 individus de cette catégorie ont été pesés, 54 ont gagné en poids, 20 ont perdu (voy. le tableau 6.) Défalcation faite des pertes, les 74 individus ont gagné en tout 92,810 grammes. 1 individu a gagné 92,810 : 74 = 1255.

Si l'on interroge le tableau n° 6, on verra de plus que, jusqu'au 30e jour (correspondant à 60 injections), 16 sujets ont gagné et 14 ont perdu, le nombre est à peu près égal par conséquent ; et le chiffre général des gains est seulement par sujet de 525. A partir du 30e jour, 37 sujets ont gagné en poids, 6 seulement ont perdu. Le gain par sujet chez ces 43 est de 1,755 grammes. On voit donc que, tandis que les sujets sains mis au régime ordinaire de l'hôpital, ou les sujets syphilitiques mis aux toniques, augmentent surtout de poids dans les premiers quinze jours, les sujets syphilitiques mis au sublimé augmentent de poids surtout à la fin à partir du 30e.

Nous avons recherché ensuite quel était le poids moyen des sujets mis aux injections en même temps qu'aux toniques.

Je dois dire que les 23 malades mis aux injections et aux toniques ont été pour la plupart pesés récemment, c'est-à-dire en 1869, ils ne sont pas par conséquent compris dans les sujets qui entrent dans ma statistique générale. Mais cela n'importe en rien à la question, car ces malades étaient aussi choisis parmi ceux chez lesquels aucun traitement local n'avait été fait. Or, sur ces 23 malades, 21 ont gagné en poids, 2 seulement ont perdu.

TABLEAU No 6.

Malades syphilitiques soumis aux injections seules.

(Gains et pertes de poids.)

Nos d'ordre.	Nombre des injections.	Gains.	Pertes.	Observations. État des malades à la sortie de l'hôpital. Améliorés.	Guéris.	Récidives.
		grammes.	grammes.			
1	15	6,100	»	Améliorés.		
2	20	200	»	Id.		
3	20	»	150	Id.		
4	24	»	100	Id.		
5	24	»	300	Id.		
6	26	»	2,800	Id.		
7	30	3,100	»	Id.		
8	30	»	500		Guéri.	
9	30	1,400	»		Id	
10	30	2,300	»		Id.	
11	30	»	700		Id.	
12	34	»	1,200	Id.		
13	38	500	»		Id.	
14	38	300	»		Id.	
15	40	»	200		Id.	
16	40	7,300	»	Id.		
17	40	»	800		Id.	
18	48	»	200	Id.		Récidive.
19	48	250	»		Id.	
20	48	300	»		Id.	
21	48	»	1,500	(Inject. prév. abs. d'accident.)		
22	50	»	200	Amélioré.		
23	50	400	»	(Inject. prév. abs. d'accident.)		
24	50	100	»		Guéri.	
25	50	750	»	Amélioré.		
26	50	1,300	»		Id.	
27	52	»	1,600		Id.	
28	52	3,200	»		Id.	
29	55	»	2,500		Id.	
30	56	1,000	»		Id.	Récidive.
31	60	»	200		Id.	Id.
32	60	500	»		Id.	
33	60	2,200	»		Id.	
34	60	100	»		Id.	
35	60	»	»		Id.	
36	64	2,380	»	Id.		
37	70	4,300	»	Id.		
	Totaux....	37,980	12,950			
Différence en gain...		25,030				

(1 sujet a gagné 525 grammes.)

Nos d'ordre.	Nombre d'injections.	Gains	Pertes.	Observations. État des malades à la sortie de l'hôpital. Améliorés.	Guéris.	Récidives.
		grammes.	grammes.			
38	74	1,900	»	(Inject. prév. abs. d'accident.)		
39	76	1,600	»		Guéri.	
40	78	2,000	»		Id.	Récidive.
41	80	500	»		Id.	
42	80	»	1,000	Amélioré.		
43	80	2,000	»		Id.	
44	80	2,400	»		Id.	
45	80	1,600	»	(Inject. prévent. abs. d'accident.)		
46	80	100	»	Amélioré.		
47	80	1,800	»	Id.		
48	86	5,700	»		Guéri.	
49	90	5,400	»		Id.	
50	90	2,400	»		Id.	
51	90	3,100	»		Id.	
52	96	100	»		Id.	
53	96	100	»	Id.		
54	98	»	2,700	(Inject. prév. suivies d'accident.)		
55	100	4.200	»		Guéri.	
56	100	1,000	»		Id.	
57	100	3,600	»	Amélioré.		
58	100	»	2,200		Id.	
59	100	1,480	»		Id.	
60	100	3,900	»		Id.	
61	100	»	1,000		Id.	
62	100	4,500	»		Id.	
63	100	3,300	»		Id.	
64	100	2,000	»		Id.	
65	100	»	2,800		Id.	
66	100	1,900	»		Id.	
67	102	2,100	»		Id.	
68	102	1,200	»		Id.	
69	108	900	»		Id.	
70	108	3,700	»		Id.	
71	108	4,600	»		Id.	Récidive.
72	110	2,600	»		Id.	
73	110	2,100	»		Id.	
74	120	1,700	»		Id.	
	Totaux....	77,480	9,700			
Différence en gain...		67,780				

(1 sujet a gagné 1,755 grammes.)

TOTAL des différences en gain : 92,810 gr.

TABLEAU N° 7.

Malades syphilitiques soumis aux injections de sublimé et aux toniques simultanément.

(Gains et pertes de poids.)

Nos d'ordre.	Nombre d'injections.	Gains.	Pertes.	Observations.
		grammes.	grammes.	
1	25	500	»	
2	30	3,100	»	
3	30	»	600	
4	32	1,700	»	
5	36	1,800	»	
6	36	1,000	»	
7	40	»	250	
8	40	600	»	1 sujet gagne 1,446 gr.
9	44	50	»	
10	46	1,400	»	
11	48	2,400	»	
12	50	1,250	»	
13	50	6,300	»	
14	50	1,450	»	
15	54	1,000	»	
16	60	1,700	»	
17	60	1,500	»	
18	60	1,300	»	
19	70	2,850	»	1 sujet gagne 3,143 gr.
20	70	1,500	»	
21	80	7,000	»	
22	90	9,000	»	
23	120	300	»	
	Totaux....	47,700	850	
Différence en gain....		46,850		

En défalcant les pertes des gains, les 23 malades ont gagné en tout 46,850 grammes. 1 malade a gagné 46,850 grammes : 23 = 2,037 grammes, chiffre supérieur à celui des sujets mis exclusivement aux injections. Faisons remarquer encore ici que les 2 malades qui avaient perdu se

trouvent dans eeux qui sont restés à l'hôpital moins de 30 jours (60 injeetions). Faisons remarquer de plus que jusqu'au 30e jour 1 malade a gagné en moyenne 1,446 grammes, tandis quc du 30e au 60e jour il a gagné 3,143 grammes. Par eonséquent, lcs sujets syphilitiques mis aux injcctions ct aux toniques simultanément gagnent en poids plus à la fin de leur traitement qu'au eommencement, de même que les malades mis aux injections seules, et contrairement aux malades non syphilitiques mis au régime ordinaire, contrairement aussi aux malades syphilitiques mis aux toniques, ceux-ci gagnent plus au eommencement de leur traitement qu'à la fin.

J'ai dû reehereher aussi quelles étaient les modifieations de poids ehez les sujets mis à la liqueur de Van Swieten et au protoiodure de mereure. Les tableaux n° 8 et 9 eonsignent les résultats.

TABLEAU N° 8.

Malades syphilitiques mis à la liqueur de Van Swieten.

(Gains et pertes de poids.)

NUMÉROS D'ORDRE.	DURÉE du TRAITEMENT.	GAINS.	PERTES.	OBSERVATIONS ÉTAT DES MALADES A LA SORTIE DE L'HÔPITAL.		
				Améliorés.	Guéris.	Récidives.
		grammes.	grammes.			
1	20 jours.	»	300 } 1 sujet gagne 0000.	Amélioré.		
2	25 —	1,600	»	Id.		
3	26 —	»	1,300		Guéri.	
4	30 —	1,800	» } 1 sujet gagne 960 grammes.		Id.	
5	30 —	»	1,640	Id.		
6	30 —	1,300	»		Id.	
7	30 —	3,000	»		Id.	
8	30 —	1,700	»	Id.		
9	30 —	»	400		Id.	
	Totaux...	9,400	3,640			
	Différence en gain..	5,760				

Les 9 individus mis à la liqueur ont donc gagné en tout, défalcation faite des pertes, 5,760 gr.; 1 individu a gagné 5,760 : 9 = 640 gr. Au point de vue du gain, les individus traités par la liqueur doivent être placés par conséquent entre ceux qui ont été mis au régime ordinaire de l'hôpital et ceux qui ont été traités par les toniques. Remarquons aussi que jusqu'au 30e jour un sujet ne gagne ni ne perd, après le 30e jour un sujet a gagné au contraire 960 gr. De même que pour les injections de sublimé seules ou associées aux toniques, les sujets gagnent par conséquent plus à la fin qu'au commencement.

TABLEAU N° 9.

Malades syphilitiques traités par le protoiodure de mercure.

(Gains et pertes de poids.)

NUMÉROS D'ORDRE.	DURÉE du TRAITEMENT.	GAINS.	PERTES.		OBSERVATIONS. ÉTAT DES MALADES A LA SORTIE DE L'HÔPITAL		
					Améliorés.	Guéris.	Récidives.
		grammes.	grammes.				
1	15 jours.	500	»	1 sujet perd 257 gr.	Amélioré.		
2	15 —	»	2,100		Id.		
3	15 —	»	1,500		Id.		
4	20 —	»	200		Id.		
5	20 —	1,000	»		Id.		
6	20 —	1.000	»		Id.		
7	21 —	»	»		Id.		
8	22 —	»	500		Id.		
9	30 —	»	950		Id.		
10	30 —	1,2 0	»	1 sujet perd 483 gr.		Guéri.	
11	30 —	500	»			Id.	
12	30 —	»	2.800		Id.		
13	30 —	»	1,700		Id.		Récidiv.
14	35 —	»	4,000		Id.		
15	40 —	2,400	»			Id.	
16	45 —	»	1,000			Id.	
17	60 —	2,000	»			Id.	
TOTAUX....		8,600	14,750				
Différence en perte.		6,150					

D'après le tableau 9, 17 malades soumis au protoiodure de mercure ont perdu 6,150. 1 a perdu 6,150 : 17. = 362 gr. Ce sont, comme on le voit, les seuls sujets qui, mis au traitement mercuriel, perdent en poids. Faisons remarquer aussi que jusqu'au 30e jour la perte du poids est de 257. Du 30e au 60e jour elle est de 483 gr., par conséquent les sujets diminuent moins au commencement qu'à la fin, ce qui est l'opposé des sujets mis aux autres traitements mercuriels et qui tendent à augmenter de poids d'autant plus qu'on s'éloigne du début du traitement.

Le tableau n° 10 est destiné à donner d'un seul coup d'œil les résultats généraux de nos pesées.

Comme on peut le voir par tout ce que je viens de dire, le mercure à petites doses, introduit dans l'économie par la méthode hypodermique, doit être considéré comme un des reconstituants les plus puissants. Si étrange que soit une pareille opinion, elle me paraît être l'expression de la vérité. Un certain nombre d'auteurs ont signalé déjà l'effet favorable du mercure sur la nutrition chez certains individus syphilitiques; tels sont MM. Basset, A. Martin, Richard. Ces auteurs, toutefois, n'ont point arrêté leur attention d'une manière spéciale sur ce point, d'autant plus que le résultat qu'ils signalent est loin, selon eux, de se montrer fréquemment chez les sujets soumis aux divers traitements mercuriels, employés généralement. Ayant constaté, au contraire, la fréquence de l'augmentation d'embonpoint chez les malades traités par les injections de sublimé à petites doses, ayant vu de plus qu'aucun traitement mercuriel ou tonique ne donnait lieu sous ce rapport à des résultats aussi satisfaisants que ces injections, je dus soupçonner qu'il y avait là une base de recherches nouvelles ; cette base, en effet, a été le point de départ de toutes celles qui vont suivre.

Tout d'abord je dus me demander si cette influence fa-

vorable du sublimé à petites doses sur la constitution générale n'interviendrait que chez les sujets syphilitiques. Pour cela j'expérimentais sur des sujets indemnes de cette affection et sur des animaux chez qui, comme on le sait, celle-ci n'est pas transmissible.

3 sujets atteints de chancres mous ont été mis aux injections de sublimé, dans le but, surtout, de savoir s'ils augmenteraient ou s'ils diminueraient de poids.

Un de ces sujets a reçu 50 injections. A son entrée il pesait 50,400 gr., à sa sortie, il pesait 59,500 gr. Un autre a reçu 36 injections, à son entrée, il pesait 59,500 gr., à sa sortie, 60,200 gr. Un troisième a reçu 46 injections, à son entrée, il pesait 58,650, à sa sortie 61,000 gr. Un quatrième a reçu 24 injections, à son entrée il pesait 57,700 gr., à sa sortie 60,200 gr. En somme, ces quatre malades ont gagné 14,650, 1 malade a gagné 14,650 : 4 = 3,662.

Si on veut bien se rappeler qu'un sujet syphilitique mis aux injections de sublimé gagne en moyenne 1,255 gr., on reconnaîtra qu'un sujet sain, mis aux injections, gagne 2,407 gr. de plus que le premier. Ajoutons que ces malades avaient à leur sortie de l'hôpital une santé générale aussi florissante que possible.

Telles sont maintenant mes expériences faites sur des lapins :

Sur deux lapins, arrivés à la limite de leur complet développement, j'ai pratiqué des injections, à partir du 17 février jusqu'au 9 avril (1 milligr. chaque jour, dissous dans 1 gr. d'eau). L'un pesait au début de l'expérience 2,350 gr. ; à la fin, il pesait 3,200 gr. Il avait donc gagné 650 gr. Le second pesait au début de l'expérience 2,250 gr., à la fin, il pesait 3,250 gr. Celui-ci avait gagné 1,000 gr. Deux mois après ces lapins ont été tués, ils n'ont pas été pesés alors; mais les divers replis péritonaux, et le tissu cel-

lulaire périnéphrétique étaient tellement remplis de graisse, que celle-ci me rendit des plus difficiles la recherche des organes genito-urinaires internes, sur lesquels je désirais faire quelques observations .

Une lapine pesait, le 23 juin, 3,050 gr., à partir de ce jour elle est soumise aux injections (1 milligr. par jour, dissous dans 1 gr. d'eau). Peu de temps après le début de l'expérience, on s'aperçut qu'elle était pleine; à plus forte raison, les injections furent-elles continuées. Malgré le régime mercuriel, elle mit bas, le 15 juillet, 7 petits, tous très-vivants. Trois sont morts étranglés, quelques jours après leur naissance, par le père ou la mère, quatre ont vécu. Le 10 août, jour où les injections furent suspendues, cette lapine pesait 3,270 gr., elle avait augmenté par conséquent, malgré sa fructueuse gestation de 220 gr. Je n'ai pas besoin d'insister, je pense, sur la valeur de cette expérience au point de vue de l'innocuité du sublimé, à la dose où nous le donnons sur la persistance régulière de la gestation.

2 lapins provenant de cette portée, âgés de trois mois, n'ayant par conséquent pas encore acquis leur entier développement, sont mis en expérience, le 10 octobre ; l'un pesait 1,100 gr., celui-ci est mis aux injections de 1 mill. de sublimé; il en reçut 20, une chaque jour ; le 1er novembre, il pesait 1,750 gr. L'autre ne subit pas d'injections, et, mis dans la même case que le premier, il partagea la même nourriture. Le 10 octobre, celui-ci pesait 1,200 gr., le 1er novembre, il pesait 1,750. Le lapin mis aux injections avait donc pendant 20 jours augmenté de 650 gr., l'autre, qui n'avait pas reçu d'injections, avait, dans le même temps, augmenté de 550 gr. seulement, différence par conséquent de 100 gr. à l'avantage du premier.

Un lapin paraissant avoir acquis son développement complet est mis aux injections de 1 mm. chaque jour. Le

17 février, premier jour de l'injection, il pesait 2,350 grammes, le 9 avril il pesait 3,200 grammes; jusque-là il avait gagné 650 grammes. Les injections sont continuées; le 7 juin, il pesait 3,300 grammes. D'avril à juin, il avait gagné 100 grammes. Le gain général de février en juin était de 750 grammes.

Un autre lapin, ayant aussi acquis son développement complet, et de même espèce que le premier, fut mis en même temps que celui-ci aux injections de sublimé de 1 mm. par jour, le 17 février; alors il pesait 2,250 grammes; le 9 avril, son poids était de 3,250 grammes, il avait gagné jusqu'ici 1,000 grammes. Le 7 juin son poids était de 3,900 grammes; d'avril à juin il avait gagné 650 grammes. Le gain général de février en juin était de 1,650 grammes.

Ces deux lapins ont été présentés à la société de chirurgie, le dernier a été ouvert séance tenante; les reins étaient entourés d'une quantité énorme de graisse, ainsi que les replis péritonaux.

D'après toutes ces expériences faites sur l'homme et l'animal sains, il paraît donc résulter que le sublimé à petites doses a une influence reconstituante peut-être plus considérable encore sur les organismes dont la santé est intacte que sur les organismes syphilitiques. On ne peut par conséquent pas se refuser de croire que le sublimé à petites doses porte son action sur la propriété de nutrition des tissus, aussi bien chez les sujets syphilitiques que chez les sujets sains.

(*A suivre.*)

A PROPOS DE LA RÉGLEMENTATION

DE

L'EXERCICE DE LA PROSTITUTION

DES DROITS DES POPULATIONS SUR LA FEMME PROSTITUÉE

Mon cher ami,

En lisant dans le n° 6 des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, qui se publient par tes soins, la lettre adressée à M. Diday par le docteur Galligo, une réflexion que j'avais déjà faite bien souvent m'est encore revenue à l'esprit. Je viens ici t'en faire part.

La prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes est une question toujours intéressante, toujours actuelle, toujours discutée ; il n'est pas un seul de nous qui n'ait rêvé l'extinction de la syphilis. Les esprits généreux croient à la réalisation prochaine de leur rêve ; les hommes à sang moins vif se contenteraient d'un à peu près meilleur que l'état présent.

Quand on étudie les divers moyens prophylactiques de la contagion vénérienne conseillés par les praticiens, on reconnaît qu'au milieu de toutes leurs propositions il en est une plus considérable et plus vaillante autour de laquelle les autres viennent se grouper ; la forme théorique de cette proposition est l'isolement des malades; la forme pratique est la visite des prostituées, et aussi la visite des hommes

sur lesquels l'État a un moyen d'action direct; puis, comme conséquence, la séquestration dans les hôpitaux, jusqu'à parfaite guérison, de tous les sujets infectés. Ces mesures préventives ont d'excellents résultats, et tous les auteurs qui s'occupent de ces questions s'accordent à dire que la réglementation de la prostitution, dans les pays où elle est bien appliquée, a manifestement fait diminuer le nombre des maladies vénériennes et syphilitiques.

Mais la terre n'est pas bien grande, les voies de communications sont larges, les distances sont rapidement franchies; si donc on laisse à la syphilis un seul coin où elle puisse croître et se multiplier à l'aise, elle aura bientôt fait d'expédier partout les rejetons de sa pépinière.

Quittons la métaphore et voyons où nous en sommes. En France, nous nous défendons contre la vérole; en Belgique, en Prusse, en Italie, ils se défendent aussi; mais en Angleterre ils ne se défendent pas. Qu'arrive-t-il? C'est que la syphilis et les maladies vénériennes sont infiniment plus répandues à Londres que dans les principales villes du continent. Le docteur Galligo, de regrettable mémoire, le docteur Jeannel, le docteur Garin, le docteur Rollet ont démontré, chiffres en main, la vérité de cette affirmation. — Si les insulaires ne traversaient jamais le détroit qui les séparent de nous, si leurs marins ne naviguaient que sur la Tamise, sans doute nous ne nous occuperions pas de leur état; ils sont chez eux, dirions-nous, qu'ils se débattent comme il leur plaira avec la syphilis; ne nous mêlons pas de cette affaire. Mais il n'en est pas ainsi : ils le traversent aisément ce détroit, et nous sommes grandement intéressés à ce que nos voisins ne nous apportent pas le germe que nous cherchons à étouffer.

Il est donc fort à désirer qu'en Angleterre la prostitution soit soumise à une réglementation. Les Anglais y trouveraient leur profit et les populations du continent aussi. Le

motif qui retient la main du gouvernement anglais, qui s'oppose à la promulgation du décret relatif à la prostitution, ce motif, dis-je, est des plus honorables : c'est le respect de la liberté individuelle, *summum jus, summa injuria!* Je crois que nos voisins se trompent. Pas d'équivoque cependant. Je ne veux pas être accusé d'amour de l'arbitraire ; j'ai un tel respect pour la liberté individuelle, que j'aimerais mieux avoir été exposé toute ma vie à la contagion de la syphilis que de savoir la liberté individuelle menacée un seul instant. Je crois, te disais-je, que nos voisins se trompent, qu'on a parfaitement le droit de réglementer la prostitution, et, en termes pratiques, de visiter les prostituées et de séquestrer, jusqu'à leur guérison, celles qui sont infectées.

Certes, la prostituée est une femme, mais elle est aussi une marchandise ; et si, comme femme, elle peut réclamer le bénéfice de la liberté individuelle, comme marchandise, elle est soumise à la surveillance de l'administration.

Dans nos pays civilisés, nous confions à l'Etat le soin de sauvegarder quelques-uns de nos intérêts, de faire pour nous quelques-unes de nos affaires. Nous trouvons très-juste que des inspecteurs délégués pour cela constatent que les balances des épiciers sont exactes, que les mesures des marchands de vin soient réglementaires ; nous trouvons très-juste que d'autres inspecteurs s'assurent, dans les marchés publics, de la qualité de la viande, du poisson, des fruits. Personne n'a jamais pensé que dans toutes ces manœuvres il y eut la moindre atteinte portée à la liberté individuelle des épiciers, des marchands de vin, des bouchers, etc., et lorsque les agents de la police jettent à la voirie les viandes putréfiées, lorsqu'ils répandent dans les ruisseaux des rues les vivres par trop frélatés, lorsqu'ils font emporter au fumier les fruits verts ou les grains ava-

riés, ils ne rencontrent aucune opposition ; les passants ne s'insurgent pas contre eux, ils ne les bafouent pas, ne les insultent pas ; chacun trouve qu'ils font leur devoir et qu'ils remplissent un honnête mandat ; chacun, excepté les victimes, bien entendu. Eh bien ! ce que l'administration fait pour les denrées de consommation habituelle, n'a-t-elle donc pas le droit de le faire pour les autres denrées dont s'accommode la vie animale, sinon la vie organique ? Ces pouvoirs que nous lui avons dévolus pour exercer une surveillance sur la vente des marchands, expirent-ils donc lorsqu'il s'agit de telle marchandise et non de telle autre ? Pour mon compte, je ne le pense pas. Ce que font les inspecteurs, chacun de nous pourrait le faire pour son propre compte, chacun de nous achetant une denrée quelconque pourrait contrôler les balances, les poids, les mesures ; mais ce serait une perte de temps considérable, ce serait souvent difficile ; aussi, avons-nous dit à quelques-uns d'entre nous nous vous chargeons de ces soins-là, et nous vous payerons pour les accomplir ; ceux-là sont devenus l'administration, la police, etc. Chacun de nous pourrait aussi s'assurer de l'état d'intégrité et de pureté de la marchandise qu'il achète sous la forme de femmes prostituées, ce serait même une pratique fort prudente, mais avouons que bien peu ont les connaissances techniques nécessaires pour distinguer la prostitution saine de la prostitution avariée ; n'est-il pas tout naturel, n'est-il pas conforme à toutes nos idées d'avoir encore recours à nos délégués en leur donnant la charge de faire ce que nous ne pouvons et ne savons pas faire nous-mêmes ? Sur ce point il ne reste pas la moindre hésitation dans mon esprit. La femme qui se vend devient justiciable des ordonnances qui réglementent le débit des objets de consommation. Par ces mots, la femme qui se vend, je veux dire, bien entendu,

la femme qui fait commerce de son corps, qui livre ses faveurs en échange d'une somme quelconque.

Tu vois que je ne dis pas un mot de la morale, c'est que dans ce débat elle ne doit intervenir en aucune façon. Au nom de la morale je pourrais certes donner d'excellents conseils, mais je ne parviendrai pas à faire rendre un décret utile. Il y a une très-grande différence entre l'immoralité et la prostitution. Nous avons tous connu des femmes dont la vie était des plus déréglées et des moins chastes, des femmes qui ont eu beaucoup d'amants ; nous les avons blâmées, sans doute, mais comme elles se donnaient à leurs amants et ne se vendaient pas, jamais nous ne les avons appelées prostituées. Il me paraît bien clair que l'autorité, la police n'ont aucun droit sur ces femmes-là, lors même que leur boudoir serait l'antichambre d'une officine de spécialiste. La femme qui s'abandonne à tous les dévergondages de ses passions peut être une Messaline, mais celle qui profite de sa beauté pour faire un commerce lucratif devient une Manon Lescaut. Si ces deux femmes vivaient de nos jours on verrait les inspecteurs de la police sanitaire franchir la porte de l'une, tandis qu'ils s'arrêteraient à celle de l'autre, et ce serait justice.

Je m'aperçois que je me laisse entraîner par l'intérêt de la question que je traite avec toi, je me résume en quelques mots : Nous avons le droit de réglementer la prostitution, parce que nous avons le droit de visite sur toutes les marchandises qui nous sont vendues ; que chaque chaland exerce ce droit lui-même ou qu'il le délègue, peu importe, le droit existe ; la femme qui se vend au premier venu, quel que soit son prix, la prostituée, devient une marchandise, le mot est dur, mais il est vrai : pour le débit de cette marchandise il ne doit pas être fait d'exception à la règle commune ; des inspecteurs, délégués par nous, ont le devoir de s'assurer de la qualité ; ils prendront les moyens

convenables pour ne pas laisser en circulation celle dont l'usage serait dangereux.

Voilà pour quelles raisons, mon cher ami, je trouve que les Anglais ont tort de poser la question de la liberté individuelle, là où devrait-être posée celle de la liberté commerciale.

Toujours bien à toi.

Dr Servier.

BIBLIOGRAPHIE.

Frascator. — *La syphilis* (1530). — *Le mal français*, traduction et commentaires, par le docteur ALFRED FOURNIER, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de Paris. 1 vol. in-12, chez Delahaye. Paris 1869.

Depuis quelques années surtout le vent souffle aux traductions, réimpressions, éditions de choix, etc., des anciens auteurs. Nous ne sommes étonnés que d'une chose, c'est que la médecine elle-même n'ait pas cédé depuis longtemps à ce louable engouement pour les curiosités bibliographiques et littéraires. Que de petits chefs-d'œuvre, que d'intéressants débris de l'antiquité et du moyen âge gisent sur les rayons poudreux des bibliothèques, où quelques rares amateurs vont seuls les rechercher, savourant en paix et sans partage les trésors qu'ils renferment et qui restent inconnus à la plupart des mortels !

Quelques tentatives dans ce sens se sont bien produites, mais isolées et à de très-rares intervalles. Et cependant si peu fréquentes qu'elles aient été, elles reçurent invariablement l'encouragement d'appréciateurs en qualité et en nombre très-suffisants. Si la bibliophilie a depuis un certain temps établi son empire sur toutes les classes de la société, la médecine n'a certes pas été déshéritée de ses faveurs, et un éditeur disposé à entrer dans cette voie, si goûtée aujourd'hui, y trouverait assurément de nombreux adeptes et de justes récompenses. Du reste sans vouloir énumérer tous les travaux qui se sont déjà produits dans ce sens, nous rappelerons seulement que Paris et Lyon occupent une place importante dans les œuvres dont nous

parlons. MM. Littré, Daremberg, Ménière, Chéreau, Guardia, etc., Richard de Nancy, Monfalcon, Pétrequin, etc., ont cultivé, avec éclat, l'étude des anciens et quelques-uns d'entre eux se sont voués d'instinct et de cœur à ce culte, et se sont livrés avec le plus grand succès à des recherches littéraires et critiques sur les classiques latins et grecs.

Le plus remarquable spécimen de typographie médicale dont Lyon entre autres puisse s'enorgueillir est celui que nous devons à notre cher et regretté confrère le docteur Potton; c'est à son goût éclairé et judicieux pour l'antiquité, à son amour des belles-lettres et à ses connaissances approfondies dans les arts que nous sommes redevables de cette œuvre princeps. En véritable amateur, il n'a pas seulement écrit une traduction excellente de l'œuvre de Ulric de Hutten, à laquelle il a joint d'ingénieux et savants commentaires, mais il a voulu faire, et le succès a été complet, un chef-d'œuvre de soin minutieux et intelligent, format, papier, impression, tout contribue à rendre ce livre digne de figurer à côté des plus beaux types que l'imprimerie française nous ait légués.

Toutes ces réflexions nous sont venues à l'esprit en recevant un charmant petit in-12, partie intégrante ou heureux début de la *Collection choisie des anciens syphiliographes*; c'est la traduction en prose du poëme la *syphilis* de Fracastor, par M. le docteur Alfred Fournier.

L'œuvre si originale du médecin de Vérone avait déjà été mise en vers français, il y a quelques années par un auteur ami des belles-lettres, M. le docteur Yvaren d'Avignon. La traduction que nous donne aujourd'hui notre savant et infatigable confrère se présente sous la forme la plus élégante et la plus correcte, nous l'avons lue avec un vif intérêt, mais tout particulièrement les nombreux commentaires que le traducteur y a ajoutés. Si l'œuvre de Fracastor a nécessairement vieillie malgré les beautés

toutes virgiliennes que quelques-uns de ses admirateurs lui ont attribué, si sa réputation comme poëte est peut-être supérieure — au moins dans ce poëme — à celle à laquelle il peut prétendre comme médecin, son œuvre contient encore des vues non-seulement ingénieuses, mais surprenantes de justesse si l'on se reporte à l'époque à laquelle elle fut écrite et aux théories médicales alors régnantes. Du reste, nous le répétons, les annotations sont telles qu'on pouvait les attendre de la haute compétence du savant médecin de l'hôpital de Loureine.

Au lieu d'une froide analyse du poëme nous préférons, dans l'intérêt de nos lecteurs, céder la place ici à M. Fournier lui-même, en reproduisant une partie de la préface qui, mieux que nous ne saurions le faire, sera un exposé complet de l'œuvre que nous signalons à l'attention de nos confrères.

A. D.

« Autre temps, dit-on, autres mœurs », et certainement aussi autres tendances, autres goûts littéraires. Si quelque médecin de nos jours s'avisait de rimer ou à plus forte raison de versifier en hexamètres latins la description d'une maladie, nul doute qu'au lieu de lui voter des statues on n'élevât quelques soupçons sur l'intégrité de son état mental. Et si cette fantaisie poétique avait pour objet l'une de ces maladies qui ont illustré le nom de Ricord, si elle était dédiée — comme le fut la *Syphilis* — à quelque grand dignitaire de la chrétienté, on n'aurait pas assez de voix pour crier au scandale, au sacrilége, à l'indignité. Or, tout autre était au seizième siècle la disposition des esprits; tout autre fut l'accueil fait au livre de Fracastor. On était dans l'âge d'or de la littérature classique. C'était le temps heureux des académies et des jeux académiques (*lusus*

academici). La langue latine était l'idiome favori des savants. La poésie était de mode, et tout était matière à versification, depuis les Couches de la Vierge jusqu'au dressage des chiens de chasse, depuis la Passion du Christ jusqu'aux règles du jeu d'échecs. A ces titres divers, l'œuvre de Frascator n'avait rien, ni comme fond, ni comme forme, qui choquât le goût et les habitudes du temps. D'autre part, le Mal français n'était pas au scizième siècle ce qu'est la Syphilis au nôtre. Il n'avait pas le mauvais renom qu'il s'est acquis depuis lors. Ses droits à la génération spontanée n'étaient pas prescrits, et une complaisance intéressée lui permettait encore de compter d'innocentes victimes. Si bien que les puissants du jour, voire même les princes de l'Église, ne se faisaient aucun scrupule d'accepter le patronage des écrits qui traitaient de cette matière. Le duc Sigismond d'Est, prince de Ferrare, le comte de la Mirandole, le cardinal Albert, électeur et archevêque de Mayence, etc., avaient agréé déjà de semblables dédicaces. Fracastor avait donc des précédents, et il ne surprit personne en choisissant pour lui dédier son poëme le célèbre Bembo, prince de l'Église, secrétaire intime et familier du pape Léon X.

On se fait en général une très-fausse idée du poëme de la *Syphilis*, dont beaucoup de personnes à coup sûr parlent sans l'avoir lu. On le donne comme une œuvre de fantaisie, comme un spirituel badinage ; on le représente comme une production exclusivement littéraire, où la science perd tous ses droits. Rien n'est moins juste ; rien n'est plus contraire à la conception qui présida certainement à ce livre. La *Syphilis* est avant tout et surtout une œuvre sérieuse et médicale ; c'est un traité médical du Mal français en vers latins ; c'est une véritable monographie scientifique dans laquelle des questions spéciales sont agitées gravement, où des symptômes sont décrits, des causes

débattues, des traitements formulés, etc. De temps à autre seulement l'exposé technique s'y interrompt et fait place à quelque allégorie, au récit de quelque fiction. Mais cette partie épisodique n'est là que pour justifier le poëme ; c'est l'accessoire, c'est la mise en scène. Le fond de l'œuvre, le sujet véritable, celui autour duquel tout vient converger, c'est la description théorique et clinique d'une maladie.

Supposez un article de pathologie relevé à la fin de chaque paragraphe par un incident romanesque ou par l'apparition inattendue de quelque personnage mythologique, dieu ou déesse, nymphe ou berger, venant réciter quelques tirades et disparaissant aussitôt pour laisser place à la reprise du sujet principal ; telle est, ou peu s'en faut, l'œuvre singulière de Fracastor. Et si vous en doutiez, veuillez comparer au poëme de la *Syphilis* le traité en prose que le même auteur a consacré à la description du Mal français ; vous vous convaincrez sans peine que le premier est simplement la paraphrase poétique du second.

Si j'avais à apprécier ici le mérite littéraire de la *Syphilis*, j'avouerais être resté, pour ma part, fort au-dessous de l'enthousiasme que certains critiques ont professé pour elle et n'avoir été que médiocrement touché de ces « beautés virgiliennes » de ces « grâces divines » dont l'ont si libéralement dotée quelques-uns de ses admirateurs. C'est une œuvre certes originale, trop originale même peut-être. La forme en est grandiose ; le vers y est majestueux, élégant, et rappelle, ce me semble, mais avec moins d'art, la façon de Claudien. Certains passages y sont même animés d'un véritable souffle poétique, comme, par exemple, à la fin du premier livre, cette apostrophe à l'Italie vaincue et gémissant sous le joug des armes étrangères. Mais, au total, je ne vois pas là de poëme ; je ne trouve là que des vers agréablement tournés sur le plus prosaïque des sujets. Vainement l'auteur, pour animer la scène et trouver ma-

tière à poésie, prodigue-t-il à pleines mains le merveilleux, les fictions, les apparitions, les invocations, etc. ; vainement fait-il intervenir à tout propos — ou plutôt hors de propos — toutes les divinités de l'Olympe. Tout cela, ne se rattachant que de la façon la plus indirecte au fond même du poëme, ne crée pas un ensemble, ne constitue pas une action, ne s'élève pas au véritable diapason poétique. Je dirai même : tout cela manque son effet, et laisse le lecteur surpris, plutôt qu'ému ou captivé, spécialement le lecteur de nos jours, tant soit peu blasé sur ce vieil arsenal mythologique.

En revanche, au point de vue médical, l'œuvre de Fracastor — et je ne parle plus ici seulement de son poëme, mais aussi de son traité en prose — offre des mérites incontestables et prend rang parmi les meilleures productions que nous ait laissées le seizième siècle sur le Mal français. Elle nous présente, tracé de main de maître, un tableau de la Syphilis à cette époque. Elle nous fournit des documents nombreux dont nous pouvons faire un large profit. C'est à ce titre qu'elle nous intéresse, nous autres médecins, et qu'elle peut encore, même de nos jours, être fructueusement consultée par nous.

Renseignements historiques sur le début de la maladie ; — réfutation de la doctrine qui lui assignait une origine américaine ; — causes épidémiques ayant déterminé son explosion subite ; — contagion virulente en expliquant la persistance et la dissémination ; — symptômes et lésions du mal ; — incubation latente ; — manifestations initiales se portant sur sur les organes génitaux ; — manifestations consécutives généralisées : douleurs, exanthèmes, pelade, gommes, caries, ulcérations des muqueuses, etc. ; — formes diverses et surtout formes malignes ; — phagédénisme ; — syphilis infantile, héréditaire ou acquise ; mutations subies par la maladie avec le progrès des âges ; —

premiers traitements opposés au mal ; médications bizarres en relation avec les doctrines humorales de l'époque ; — cure du gaïac ; — découverte des vertus du mercure et premières applications de ce remède ; méthode des frictions générales ; théorie de la salivation dépurative ; conséquences désastreuses de cette thérapeutique, etc., etc., tels sont — et j'en oublie — les points principaux sur lesquels nous pouvons emprunter à Fracastor, pour l'histoire de la Syphilis au seizième siècle, des notions authentiques et précises.

De semblables documents ont une importance sur laquelle il serait superflu d'insister et qui ressortira, je l'espère, de la lecture de cet ouvrage.

A. Fournier.

REVUE DES JOURNAUX

Iodure de potassium dans la syphilis, par le Dr BALMANNO SQUIRE.

L'auteur vient ajouter son témoignage à celui du docteur W. Tyrrell par rapport à la tolérance de certains individus pour des doses élevées d'iodure de potassium. Dans les cas chroniques, dit-il, j'augmente ordinairement d'une manière graduelle la proportion du remède jusqu'à ce que je trouve quelque indication me démontrant que j'ai atteint la dose maximum qui peut être supportée sans désavantage ou du moins sans inconvénient pour le malade.

D'après cette règle, je donne à un gentleman, âgé de 40 ans, affecté depuis cinq ans d'une syphilis tertiaire grave (tubercules), affection cutanée syphilitique, une dose quotidienne de deux drachmes (3 g. 50) d'iodure de potassium. Aucun symptôme n'est survenu indiquant que cette dose est exagérée. Il n'a pas de coryza, symptôme que l'on considère comme l'indice de la saturation du remède. L'urine dont la quantité avait d'abord augmenté sous l'action du médicament est revenue à son état normal. L'appétit est intact. Après deux mois de ce traitement il est presque complétement guéri de sa maladie. Au début de cette période, la face presque tout entière, le cou, les bras, les fesses, les cuisses et les jambes étaient recouverts de larges plaques de tubercules syphilitiques, et il ne pouvait parler qu'à voix basse, par suite de l'affection du larynx. La moitié gauche de la langue était si tuméfiée par la présence d'une tumeur gommeuse, qu'il lui était impossible de manger sans les plus grandes difficultés. La voix est aujourd'hui simplement un peu rude, il mange facilement, sa lan-

gue étant guérie. Il en est de même de son visage, du cou, des bras et des cuisses ; les jambes et les pieds, qui étaient uméfiés au début au point que la marche était presque impossible, sont à peu près revenus à leur volume normal.

Il est juste de dire que le traitement n'a pas été limité à l'emploi de doses élevées d'iodure de potassium. Le malade prenait également un drachme (1 gramme 77) d'iodure de fer, une once et demie d'huile de foie de morue et six drachmes de teinture de houblon par jour, et cette médication interne était secondée par l'administration également énergique de remèdes locaux.

(*British médical journal*, 1869, nº 443.)

Ce n'est pas là ce que, en France, nous sommes habitués à considérer comme des doses élevées. Depuis les déterminations de Ricord — qui eut la gloire d'établir en même temps, et du premier coup, les indications et la posologie de ce remède bienfaisant — 2 ou 3 grammes par jour constituent, pour nous, une dose moyenne. Et ce n'est qu'au dessus de 4 grammes que commence ce que nous appelons la dose élevée ; dose que l'on est parfois obligé de porter jusqu'à 6 et 8 grammes, car certains malades, à certaines périodes du mal et surtout après certains traitements, ne voient plus leurs symptômes influencés que par cette quantité relativement considérable de l'agent médicamenteux.

Cas opiniâtres de gonorrhées aigues et chroniques traitées avec succès par des injections de glycérine et de tannin par le docteur J. D. Hill. (*The Lancet* 1869, nº 12).

L'auteur recommande la formule suivante :

Glycérine de tannin	90 grammes.
Huile d'olive	ana 30 grammes.
Mucilage	

Cette injection lui a réussi dans bon nombre de cas où il

avait employé sans succès les préparations de zinc, de plomb et d'alun. Mais le docteur Hill attache avec beaucoup de raison la plus grande importance à la manière dont les injections doivent être pratiquées. Du reste sa méthode, qu'il décrit minutieusement, est celle qui est conseillée aujourd'hui par les spécialistes de tous les pays. Nous croyons seulement que trop souvent le médecin se borne à dire à son malade de faire des injections sans lui indiquer le *modus faciendi*. Aussi l'insuccès tient-il souvent à la manière plus que imparfaite avec laquelle le remède est appliqué.

Toutefois nous ne pensons pas qu'en général il soit aussi nécessaire que semble le croire l'auteur anglais de prendre des précautions pour empêcher l'introduction du liquide astringent dans la vessie. Mais s'il est inutile de protéger cet organe contre la solution médicamenteuse, il est d'autre part de la plus haute importance qu'elle soit mise en contact avec toute la surface de l'urèthre qui est affectée, les lacunæ, les orifices des follicules et des glandes de la muqueuse, et dans ce but il est bon, comme l'indique l'auteur, de faire circuler à l'aide du pouce et de l'index le liquide dans toute l'étendue du canal pendant quatre ou cinq minutes en comprimant exactement les lèvres du méat.

Syphilis. — Favus.

Le sommaire de la clinique du professeur Cantani, publié dans le dernier numéro du *Morgagni* de l'année dernière, contient des faits intéressants de syphilis.

C'est d'abord une fièvre intermittente quotidienne chez un syphilitique tertiaire, rebelle au sulfate de quinine, guérie par l'iodure de potassium. La fièvre intermittente syphilitique se caractériserait, d'après Tommasi, en dehors des renseignements anamnestiques et de sa résistance

au sulfate de quinine, par le peu d'intensité de l'accès, son arrivée le soir, sa terminaison pendant la nuit par des sueurs discrètes, par une douleur au début, de l'accès (chez le malade en question elle siégeait dans le tibia), par l'absence de tuméfaction splénique et des symptômes de la cachexie palustre, quelque ancienne que soit la fièvre.

C'est ensuite un malade atteint de syphilomes des apophyses épineuses et transversales des quatre premières vertèbres; fait qui confirme l'opinion d'Iaksch, que la carie vertébrale peut être syphilitique.

C'est un foie syphilitique chez un homme de 48 ans; une syphilis cérébrale avec céphalée au début, puis hémiplégie gauche à marche progressive avec strabisme divergent de l'œil droit et légère blépharoptose.

Une seconde syphilis cérébrale, avec hémorrhagie cérébrale et hémiplégie gauche brusque. L'hémiplégie existait depuis deux ans lorsque le malade entrait à la Clinique. A ce moment il accusait, en outre, de la céphalalgie, surtout à droite, avec exacerbation nocturne; le mercure et l'iodure de potassium la firent disparaître; la paraplégie persista.

Dans les maladies syphilitiques du système nerveux, le mercure est préférable à l'iode, ainsi que contre les douleurs ostéocopes, les syphilides cutanées et les engorgements glandulaires.

L'iodure de potassium n'a eu aucune action chez le dernier malade atteint de syphilis cérébrale, tandis que les frictions mercurielles ont eu une très-grande efficacité. — C'est aussi aux frictions avec l'onguent napolitain que notre savant ami Gailleton donne la préférence dans les syphilis cérébrales, et, d'une manière générale, dans les syphilis graves.

Voici un autre fait intéressant de myocardite syphilitique avec insuffisance transitoire de la bicuspide par relâchement

du muscle papillaire et avec cyanose des extrémités, guérie encore par les frictions mercurielles.

Enfin un cas de favus s'étant présenté, le professeur Cantani a voulu essayer de l'alcool très-rectifié, et a obtenu en trois semaines un très-beau succès. Les croûtes avaient préalablement été détachées au moyen de cataplasmes tièdes en permanence. L'épilation est évitée. L'alcool, pénétrant sous l'épiderme, agit ici comme un énergique parasiticide.

Ichthyosis neonatorum. — Communication clinique de M. Auspitz, docent à l'Université de Vienne.

Le cas qui a inspiré cet article à l'auteur est des plus intéressants. Le 16 janvier 1868, une dame de Vienne, mère de plusieurs enfants, accouche, après une grossesse compliquée de vomissements, de congestions et d'un prurit général très-intense, de jumeaux : une fille très-bien constituée et un garçon faible, petit, chétif. Celui-ci est complétement recouvert d'une peau d'un brun foncé, presque noire, sèche, rude, qui, en tombant, se divise en écailles plus ou moins grandes ; mais en aucun endroit ces écailles ne sont imbriquées ou disposées comme celles d'un poisson ; au-dessous d'elles se trouve une couche moins foncée, d'un jaune brun, lisse, très-luisant, et qui, après quelques minutes d'exposition à l'air, se change en un feuillet parcheminé, sec, et se détache bientôt sous forme de squames sèches comme la peau et cassantes.

Les écailles les plus foncées se trouvent sur le dos et sur les membres, du coté de l'extension ; la face antérieure de la poitrine, le ventre et les membres, du côté de la flexion, se rapprochent davantage de l'état normal sont un peu plus clairs ; au visage et à la tête les squames sont très-petites et d'un brun clair.

Bain, suivi d'onctions huileuses immédiatement après la

naissance; l'enfant prend d'abord mal le sein, mais l'appétit vient bien au bout de quelques jours.

La desquamation diminue de jour en jour; les écailles deviennent moins nombreuses et moins sèches, et, au bout de deux semaines, elles sont très-petites. Au microscope, on reconnaît qu'elles sont remplies de gouttelettes de graisse et contiennent une matière brune, foncée, grenue, que les alcalis rendent plus claire et que l'alcool et l'éther décolorent complétement.

La maladie continue à décroître. Au treizième mois, l'enfant est encore faible et n'a pas été sevré; mais sa peau est blanche, souple, délicate; il ne reste plus qu'une faible desquamation pulvérulente au cuir chevelu, sur le dos et sur la poitrine. La peau du visage est lisse, mais très-luisante, surtout à l'air libre.

La mère est une femme de trente ans, vigoureuse, bien constituée, grande et brune. Le prurit a disparu trois semaines après l'accouchement, sans traitement. Le père est un homme robuste, d'une bonne santé; il n'y a pas de maladie chronique dans sa famille.

Voici l'histoire des grossesses antérieures. La mère est mariée depuis quatorze ans; elle a eu souvent du prurit, surtout du prurit vulvaire, à l'époque des règles. Après seize mois de mariage, elle accouche d'un garçon qui n'a jamais été malade.

Treize mois après, elle met au monde un second garçon, qui meurt tuberculeux à l'âge de six ans. Pas de prurit pendant cette grossesse.

Quinze mois après, à la suite d'une grossesse troublée par du prurit, elle accoucha d'une petite fille qui, dit-elle, avait le corps couvert d'une membrane semblable à celle des pattes d'une oie. Cette membrane se détache, sous forme de grandes écailles d'un brun foncé; la peau sous-jacente était « comme de la chair vive, » mais devenait

bientôt dure, sèche et cassante. La desquamation devint de jour en jour moins abondante et moins foncée, l'enfant succomba, à l'âge de trois mois, à une tuberculose mésentérique.

Quinze mois après, nouvel accouchement : d'un garçon, présentant la même maladie que la petite fille et qui mourut à l'âge de treize mois de tuberculose mésentérique. Pendant cette grossesse, la mère avait souffert de démangeaisons très-violentes.

Trois ans après, naît un garçon qui se porte bien.

Enfin les jumeaux, dont l'un fait le sujet de cette observation.

L'auteur appelle la maladie : ichthyosis neonatorum : ichthyose parce que la desquamation est diffuse, que les écailles ont un certain volume et que la peau sous-jacente ne présente pas d'autre altération que celle de l'ichthyose simple de l'adulte, la sécheresse parcheminée. Quant à la coloration brune, elle est assez fréquente, et M. Devergie décrit même une variété : « ichthyose brune. »

Il l'appelle ichthyosis neonatorum et non ichthyosis congenita, parce que celle-ci commence peu après la naissance, tandis que, dans ce cas, la maladie était évidemment fœtale. Elle s'était présentée chez plusieurs enfants de la même mère, a toujours diminué après la naissance et fini par disparaître. L'ichthyose congénitale, au contraire, augmente après la naissance, ne se développe même qu'au contact de l'air.

Dans son Atlas des maladies de la peau, Hebra donne le dessin d'un cas semblable et propose le nom de : ichthyosis sebacea neonatorum.

Dans son Traité de la kératose (Breslau, 1864), Lebert cite, sous le nom de : « keratosis diffusa epidermica intrauterina, » une série de cas de maladies de peau fœtales;

les enfants atteints meurent après la naissanee; un seul a véeu huit jours. Leur peau était couverte de plaques saillantes, cornées, anguleuses, épaisses de deux à plusieurs millimètres, et séparées par des sillons allant jusqu'au derme ou reeouverts d'un épiderme très-fin. Les orifiees naturels étaient déformés, rétrécis, garnis d'un épiderme corné. Les recherehes microscopiques faites par H. Muller, Kölliker et Lebert paraissent démontrer qu'il y a eu, dans ees cas, production exagérée de la eouche cornée pendant la vie fœtale; mais, dans l'observation de M. Auspitz, il y a eu simplement prolifération exagérée de la eouehe de Malpighi; les orifiees étaient normaux.

L'auteur croit donc devoir considérer le cas qu'il décrit comme tout différent de l'iehthyose congénitale et de la kératose. Il appelle l'attention sur les rapports de la maladie avee le prurit cutané de la mère et sur les variétés qu'elle a présentées chez les autres enfants, mais ne se eroit pas autorisé à en tirer des eonclusions. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, n° 2, 1869.)

De la dermatite toxique, causée par les matières colorantes de l'aniline, par Erasmus Wilson (*Journal of Cutaneous medicine and Diseases* of the skin).

L'étude réeemment entreprise par M. Tardieu sur les effets toxiques des étoffes teintes par la coralline donne de l'aetualité au mémoire de M. Wilson ; les observations qu'il eontient pourront être utilement rapproehées de eelles du professeur de la Faculté de Paris; nous nous bornerons seulement à regretter que la partie toxicologique ait été un peu saerifiée au profit de la symptomatologie et du traitement des manifestations eutanées.

Obs. I. Un jeune offieier de l'armée anglaise met en juillet 1868 une paire de ehaussettes neuves de couleur écarlate, teintes par l'aniline. Après une courte promenade, il éprouve

de la chaleur et des démangeaisons dans les pieds; il change ses chaussettes pour en prendre une autre paire de même nature, et le soir même il ne peut marcher, tellement est pénible la douleur qu'il ressent aux pieds; le lendemain la peau y est rouge, tuméfiée, couverte de larges vésicules, et le jour suivant tout l'épiderme de la plante des pieds est soulevé par la sérosité; le malade se met au lit et se rétablit au bout de trois semaines de traitement. Mais bientôt les mêmes phénomènes se reproduisent de plus en plus pénibles, et au mois de novembre de la même année, M. Wilson fut appelé pour donner des soins au malade atteint d'une troisième rechute; l'affection vésiculeuse des pieds s'accompagne d'un prurit des plus douloureux qui s'étend à plusieurs parties du corps, et particulièrement aux paumes des mains où l'on rencontre des papules de prurigo; le sommeil est impossible la nuit; la santé générale s'altère, les forces diminuent. M. Wilson institue un traitement tonique général, et comme pansement, prescrit une pommade à l'acide benzoïque et à l'oxide de zinc, à laquelle il ajoute des lotions avec un mélange de savon mou de goudron et d'alcool. Au bout d'une semaine le malade est convalescent et part pour la campagne; depuis il n'a plus eu de rechutes aussi sérieuses que les premières, mais il a eu deux fois des congestions de la peau des pieds dont le traitement précédent a fait promptement justice.

Obs. II. Le sujet de cette observation est une jeune femme de 17 ans, qui, après avoir porté pendant une semaine des bas teints en rouge, eut également une éruption vésiculeuse limitée aux pieds et aux malléolles; outre un grand nombre de petites vésicules reposant sur une peau enflammée, la plante des pieds présentait de chaque côté une bulle considérable s'étendant du talon à la racine des orteils, et qui avait grossi pendant 10 jours, après que la malade eut quitté le vêtement toxique. La santé générale

était bonne, mais la jeune femme éprouvait des picotements et de la démangeaison à la paume des mains, où il survint une desquamation analogue qui est consécutive à la scarlatine. La malade ne fut guérie que six semaines après le début de l'affection.

Obs. III. Cette observation est remarquable par l'intensité et la généralisation des phénomènes cutanés ; en voici le résumé le plus succinct :

Un jeune homme de 25 ans porte un seul jour une paire de chaussettes de soie teintes en écarlate « par une matière colorante de l'aniline, probablement par la coralline » dit l'auteur, peu précis, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans son étiologie ; immédiatement les pieds deviennent chauds et tuméfiés ; le malade y éprouve des élancements, enfin il voit s'y développer de larges bulles sur toutes les régions, aux orteils, à la plante, au dos, aux malléolles. Cette poussée dure quinze jours et guérit peu à peu.

Un mois après, le malade ignorant la cause véritable des accidents qu'il a éprouvé, remet *un seul jour* également une paire de chaussettes semblables à la première ; immédiatement reviennent les mêmes symptômes, mais plus intenses, et s'accompagnant cette fois de manifestations générales ; céphalalgie, éruption papuleuse très-douloureuse sur presque tout le corps, présentant en quelques points des vésicules et des pustules, et paraissant affecter de préférence les plis des articulations ; cette seconde poussée passe également au bout de quinze jours.

Un mois après, le malade se casse le bras gauche à la chasse ; les fragments osseux irritent la paroi de l'aisselle; des plaques d'eczéma s'y produisent, il en vient aussi dans l'aisselle de l'autre côté et sur les avant-bras ; lorsque M. Wilson voit ce jeune homme, il présente périodiquement tous les soirs des douleurs avec gonflement des pieds et des mains, avec des phénomènes généraux fébriles d'une

certaine intensité. Il est bon, du reste, de faire remarquer que le sujet de cette observation semble avoir des prédispositions aux affections cutanées artificielles, qu'il est rhumatisant, et qu'une friction faite sur l'épaule lui a autrefois fait développer une grosse bulle.

Nous reproduisons en finissant les conclusions textuelles de M. Wilson : « Le principe toxique contenu dans l'aniline est soluble dans le liquide de la transpiration ; cette solubilité favorise son absorption par la peau, et lorsqu'il est absorbé, son action irritante porte d'abord sur les tissus, puis sur les nerfs. Il n'est pas sûr qu'il existe un poison contenu dans le sang ou qui agisse sur la constitution à travers le sang. D'un autre côté, il est évident que l'irritation nerveuse est très-considérable. Il y a une douleur locale, d'un caractère nerveux, consistant en des sensations de brûlure et de picotement ; puis se montrent des phénomènes sympathiques éloignés, de nature reflexe, tels que les affections secondaires de la paume des mains et d'autres parties du corps ; enfin nous observons la périodicité des attaques dans deux de ces observations, et la périodicité en rapport avec une partie de la journée dans le dernier cas. Nous devons donc regarder ce poison, dans ses caractères toxiques, comme ayant une action irritante sur les tissus, ainsi que sur le système nerveux. »

Discours du professeur Tanturri, pour l'ouverture de son cours de dermatologie. (Il Morgagni.)

Le docteur Vincenzo Tanturri est un des dermatologistes et des syphiligraphes les plus distingués de l'Italie. Sa nomination au professorat a dû, nous en sommes sûrs, être bien accueillie par les élèves de l'Université de Naples, qui possède déjà les professeurs Tommasi et Cantani. Aussi sommes-nous heureux de donner ici un compte

rendu de cette première leçon du jeune et savant professeur qui appartient à l'école de Virchow et d'Hébra.

Le professeur débute par un historique complet de la pathologie cutanée, qui n'a réalisé de progrès sérieux qu'à partir du jour où elle a pu reposer sur une anatomie et une physiologie normales et pathologiques de la peau à peu près scientifiques.

Nous l'avons dit, M. Tanturri est un dermatologue de l'école d'Hébra; aussi n'admet-il ni les diathèses ni les maladies constitutionnelles de l'école française. « Il est très-commode, en vérité, d'édifier presque toute la pathologie « cutanée sur la simple hypothèse de quatre ou cinq ma- « ladies constitutionnelles et d'autant de diathèses. L'on « peut ainsi éluder de connaître, comme le dit spirituel- « lement Hébra, *en long et en large*, la nature et le siége « de toutes les maladies cutanées; en réalité, l'on est ains « conduit à négliger les altérations matérielles de la peau, « à leur refuser le nom de maladies pour ne voir en elles « que les symptômes de prétendues affections, à laisser de « côté l'étude des processus locaux et à confondre ainsi la « pathologie qui est la science de la maladie, avec l'étio- « logie qui ne doit comprendre que ses causes.

« La pathologie cellullaire admet la diathèse dans le cas « de développement spontané de quelques dermatoses et ne « nie pas qu'il y a des dermatoses héréditaires. Mais ce serait « une grave erreur, adoptant les théories nébuleuses de cer- « tains chefs d'école, de concevoir la diathèse comme une « maladie. La diathèse n'est que la simple disposition, « c'est-à-dire la possibilité de devenir malade, et non la « maladie elle-même. Or les lois de la physiologie nous au- « torisent à admettre que cette prédisposition consiste en « une modification histologique imperceptible (finissima) de « la peau, en un affaiblissement originel (embryonnaire) « du tissu atteint, ou bien encore, en oscillations anormales

« de l'activité des éléments cellulaires et de leurs chan-
« gements moléculaires, d'après Cantani. L'on peut encore
« admettre que la disposition locale d'un tissu, d'un organe,
« d'un système à devenir malade se lie aux perturbations inti-
« mes de tout l'organisme, mais il serait impossible de soute-
« nir, comme on ne peut le prouver, que la condition
« matérielle du tissu diathésique soit la même que celle
« des autres tissus de l'organisme. Ainsi, supposant un
« lupus d'origine diathésique, on admet l'hypothèse d'une
« altération particulière de structure du tissu envahi,
« ayant précédé son apparition ; mais l'on ne serait pas
« fondé à admettre, dans ce cas, une prédisposition par-
« ticulière de tout l'organisme déterminant la manifesta-
« tion lupeuse locale. »

La syphilis est la seule maladie constitutionnelle chronique, démontrée comme préexistant à des manifestations morbides cutanées.

M. Tanturri formule ainsi la marche à suivre dans l'étude des maladies de la peau : « Étudier la structure normale
« et pathologique de la peau; rechercher les modifications
« fonctionnelles ou matérielles que les processus morbides
« y produisent; suivre les phases spontanées d'évolutions
« et d'involutions du système tégumentaire pour les faire
« servir à la pathogénèse des diverses dermatoses; déter-
« miner enfin les rapports nutritifs et fonctionnels avec les
« autres organes et systèmes, tant à l'état normal qu'à l'é-
« tat pathologique. »

La mentagre faciale inflammatoire, que certains auteurs considèrent comme arthritique, s'explique par une structure particulière des poils de la barbe et des sourcils, découverte par Wertheim, par la minceur extrême de la paroi folliculaire, par opposition à celle des cheveux. Il en résulte que le pus qui s'accumule dans la cavité des premiers sort difficilement et qu'un abcès se forme dans le chorion tandis que

par suite de l'épaisseur et de la résistanee des seconds, le pus flue au dehors.

L'origine du selérème doit, d'après Rasmussen, de Copenhague, être attribuée à une riche prolifération nueléaire de la tunique adventice des vaisseaux du chorion ; et d'une observation de Foster il résulte aussi qu'il existe dans eette maladie un proeessus dc prolifération limité au derme, avee solidification du pannicule adipeux par la déposition de eristaux stéariques. Quelques dermatites de l'enfanee peuvent être en rapport avec le développement de follieules pileux, d'après Cenzy, ct avec l'éruption des dents. Le phénomène de la mue, après la naissanee, chez les enfants et ehez les adultes, quand il se fait tumultueusement, devient la eause physiologique oeeasionnelle de dermatites folliculaires, d'eezémas.

En résumé, M. Tanturri nous scmble admettrc : 1° que la diathèse n'étant qu'une prédisposition, ne peut être eonsidérée comme une maladie.

2° Que cette prédisposition eonsiste néeessairement en une modifieation moléculaire quelconque, matériclle.

3° Que eette prédisposition est essenticllement localisée, limitée aux tissus envahis et surtout jamais généraliséc à tous les tissus de l'organisme.

M. Tanturri rappelle que Thierseh a eherehé à se rendre eompte de la prédisposition des vieillards au cancer épithélial de la peau, par la prépondérance physiologique que prenaient, en conséquenee de l'âge, les follicules de eertaines régions de la peau, par opposition au stroma subissant une raréfaction normale, d'où résulterait une quantité relativement plus considérable dc matière plasmatique facilitant la germination luxuriante d'épithéliums, lesquels deviendraient en quelque sorte prédominants dans l'équilibre nutritif de la peau.

Voici maintenant comment l'auteur comprend la scrofu-

lose et les scrofulides : des malades ont la peau et les muqueuses envahies par certaines formes morbides, qui n'ont rien de lymphatique, mais dont le processus est simplement irritatif et hyperplasique, et n'a comme criterium physiologique lui appartenant que sa longue durée et sa tendance à récidiver. Les ganglions correspondant aux parties malades se prennent alors, et la répétition de tous les processus locaux finit par produire des changements quantitatifs et qualitatifs du sang. Ainsi l'état constitutionnel morbide qui mériterait le nom de scrofulose est engendré par les prétendues manifestations de cet état. Ce n'est pas la scrofulose qui précède les scrofulides, mais les scrofulides qui produisent la scrofulose.

De l'arthritis et des arthritides, M. Tanturri dit simplement que l'on ne peut, aujourd'hui, rien dire encore de positif sur la nature de l'arthrite rhumatismale et de la goutte, et surtout sur leurs localisations cutanées.

Quant à l'herpétisme, il résume en lui, d'après l'auteur, toutes les erreurs de l'humorisme et du solidisme des âges les plus reculés.

Au degré notable d'aglobulie qui existe dans la grossesse, l'on peut conclure à un accroissement dans la réduction de la matière pigmentaire du sang, qui peut alors se déposer dans le tissu chromogène de la peau.

Le même phénomène se reproduit chez les dysménorrhéiques pour la même raison peut-être, puisque la dysménorrhée coïncide souvent avec la chlorose.

Avec le développement des organes sexuels, avec l'apparition de la barbe, s'accroît l'activité secrétoire des glandes sébacées et leur tendance à l'inflammation sous la forme d'acné.

La théorie des vaso-moteurs a eu son corollaire pathologique dans les hypérémies névro-paralytiques de la peau étudiées cliniquement par MM. de Barrel et Perroud.

Steinrück a noté la chute des poils et des ongles après la section du sciatique chez les lapins. La section du sympathique cervical peut entraîner une desquamation épidermique chez le lapin. M. Tanturri admet les nerfs trophiques pour expliquer l'origine d'un grand nombre d'éruptions et de lésions cutanées.

Les théories névrologiques modernes expliquent quelques formes d'anesthésie et d'ischémie permanentes de la peau par une contracture des vaso-moteurs (Nothnagel).

La chimie nous éclaire sur la nature des phyto-parasites de l'homme, sur certains processus ulcératifs, sur les eczémas chroniques, sur les lupus produits par la dégénérescence hyaloïde (Buhl, Lindwurm, O. Weber).

La chimie a encore montré que l'alcalinité de la sueur axillaire, inguino-scrotale, des espaces interdigitaux des pieds n'était pas due à des modifications qualitatives de la sueur elle-même, mais à une matière grasse secrétée par des glandes sébaces. L'odeur spéciale de la sueur de ces régions est due à des acides gras volatils ; dans les maladies où l'odeur normale est remplacée par des émanations putrides c'est que se sont produites des métamorphoses de substances albuminoïdes sudorales. La chimie confirme pour les sudamina les recherches micrographiques en montrant la réaction acide, semblable à celle de la sueur, de leur contenu, car leur siége est à l'orifice des glandes sudoripares ; l'alcalinité des vésicules du zona, de l'eczéma, des bulles du pemphygus et de l'érysipèle, confirme au contraire la nature exsudarne de ces processus.

L'auteur termine en montrant que l'étude des maladies de la peau résume en elle toute la pathologie générale. Aussi, est-ce surtout à ce sujet que l'on peut dire « que « la spécialité qui représente le degré infime de l'art, si elle « n'est pas fécondée par des connaissances générales, en « devient la perfection quand elle est le couronnement de « la science. »

Nos lecteurs n'auront pas attendu jusqu'à présent pour juger à quel point les doctrines ci-dessus diffèrent de celles qui ont cours en dermatologie contemporaine. Nous nous proposons d'appeler ultérieurement l'attention sur les points qu'il paraît utile d'y relever soit dans l'intérêt de la science soit dans l'intérêt de la critique.

Traitement du psoriasis et de l'eczéma chronique, par les injections hypodermiques d'acide arsénieux, par Ed. Lipp, médecin du service des vénériens de l'hôpital de Graz.

L'auteur donne trois observations :

I. Un homme de 33 ans, atteint de psoriasis depuis 1865, traité en 1866 pendant 7 semaines par la liqueur de Fowler (40 grammes), rentre à l'hôpital en octobre 1868 avec de grosses plaques sur tout le corps, principalement sur le tronc; les pieds et les mains seuls sont intacts. En 48 jours, on lui injecte 44 centigrammes d'acide arsénieux : quinze jours après la dernière injection les plaques anciennes ont disparu sans autres traces que de petites taches jaunes ou brunâtres; mais quatre nouvelles plaques se sont développées à la cuisse gauche, à la poitrine et dans le dos; elles sont pâles et la desquamation y est peu abondante.

II. C. R., âgé de 20 ans, est atteint de psoriasis depuis 1866; la maladie a débuté par les genoux et les jambes et envahi presque toute la surface du corps ; en octobre 1868 le cuir chevelu et le front sont couverts de plaques. En 38 jours, on injecte 22,5 centigrammes d'acide arsénieux : aux jambes, aux avant-bras, aux cuisses, aux bras et à la partie inférieure du tronc, il n'y a plus que des taches d'un jaune brun pâle; la maladie a complétement disparu à la partie supérieure du tronc, au cou, à la figure, aux oreilles et au cuir chevelu; mais quinze jours après la der

nière injection, plusieurs taches nouvelles ont surgi sur le tronc et les avant-bras.

III. Eczéma squameux étendu presque sur tout le corps : étant enfant, le malade âgé aujourd'hui de 33 ans, avait eu de temps à autre de l'eczéma aux jambes : en 1863, forte éruption qui nécessite un séjour de dix semaines à l'hôpital. En été 1868, nouvelle éruption à la jambe droite : en décembre, à la suite d'excès de vin, vaste éruption ; en février 1869, le cuir chevelu, le cou et le tronc sont couverts de plaques : fièvre avec exacerbation vespérine : en 42 jours, on lui injecte dix-huit centigr. d'acide arsénieux, disparition complète de l'eczéma.

Dans trois autres cas d'eczéma les injections ne furent pas employées seules.

M. Lipp s'est servi de deux solutions : l'une contenant 20 et l'autre 40 centigrammes d'acide arsénieux pour trente grammes d'eau distillée. La quantité d'acide injectée a varié de 2,5 milligr. à 2 centigr. par jour : cette dernière dose n'a été employée qu'une seule fois.

Les injections ont été faites sur le tronc, surtout à la partie inférieure du dos : elles provoquaient une légère sensation de brûlure qui disparaissait rapidement et un peu d'irritation de la peau qui ne durait pas plus de trois jours; jamais il n'y eut formation d'abcès comme à la suite des injections de sublimé ou de calomel.

Le premier effet des injections est l'augmentation de la desquamation, dans l'eczéma et le psoriasis; l'éruption s'aplatit et pâlit, au bout de 7 à 9 jours ; plus tard l'infiltration et la prolifération de l'épiderme s'arrêtent, il ne reste plus qu'une légère pigmentation qui disparaît à son tour.

Les symptômes s'amendent d'abord dans les parties où l'éruption est la moins forte; l'amélioration se produit plus tôt au cou, à la figure, au cuir chevelu et à la partie supérieure du dos qu'ailleurs.

Les symptômes généraux produits par les injections ont été : élévation de la température, accélération du pouls, diminution de l'appétit, augmentation de la soif et de la diurèse, excitation nerveuse, céphalalgie, vertiges, toux, oppression légère, rougeur de la conjonctive, etc. Quelques-uns de ces symptômes ont été d'autant plus accusés que la dose d'arsenic a été plus forte (un à deux centigr.). Ils ont tous disparu (à l'exception de l'accélération du pouls) dès qu'on a diminué la dose des injections ou qu'on les a supprimées. L'augmentation de fréquence du pouls a été bien plus constante que l'élévation de la température.

Dans les deux premiers cas, il y a eu récidive; les injections ne sont donc qu'un moyen palliatif.

Avec cette méthode de traitement, dit M. Lipp, on est sûr que le médicament est absorbé, les organes digestifs sont préservés; les doses nécessaires sont plus faibles et la durée du traitement est plus courte. (Archiv. für dermatologie and syphilis n° 3, 1869.)

Dr LORBER.

Hôpital Rothschild. — M. Jules Worms. — Rétrécissement syphilitique de la grosse bronche gauche. — Observation recueillie par M. JOB, interne du service.

Une femme de 34 ans fut atteinte, en 1864, de roséole et de plaques muqueuses guéries après un traitement hydrargyrique de 6 à 7 semaines. Un an plus tard les plaques muqueuses reparurent, et elle fut traitée avec succès par l'iodure de potassium.

Depuis lors elle s'est bien portée.

En octobre 1848, sa respiration devient sifflante et s'accompagne d'un mouvement de gêne d'abord, et, bientôt après, de vive constriction sous le sternum; voix enrouée,

accès de suffocation, toux fréquente. Rémittence de tous les symptômes.

A son entrée à l'hôpital, la malade était d'une pâleur livide, assise sur son lit, penchée en avant, respiration précipitée, bruit ronflant avec dépression de la pointe sternale pendant l'inspiration et cessant avec l'expiration. La glotte est libre et l'obstacle paraît siéger au-dessous du larynx. Sonorité normale à droite, matité légère à gauche, surtout dans la région sternale supérieure. Respiration régulière du côté droit; à gauche, pendant l'inspiration, on entend un souffle aigu accompagné de râles disséminés; pas de murmure vésiculaire. Rien de particulier au cœur. A part un chapelet de petits ganglions durs dans l'aine et au cou, pas de trace de lésion syphilitique.

M. Worms diagnostique une diminution de la perméabilité de la bronche gauche. Peut-être tumeur de nature syphilitique développée sur la face interne du sternum ou dans les ganglions bronchiques, qui comprimerait la grosse bronche gauche. (Iodure de potassium à haute dose.)

Les accès de suffocation diminuent, mais les signes thoraciques persistent.

Le 26 avril, épanchement pleural considérable du côté gauche, lequel est modifié favorablement au bout de six jours par des applications de vésicatoires. Le 12 juin, la malade meurt subitement, sans que rien pût faire prévoir une fin aussi rapide.

A l'autopsie, outre des adhérences sur la plèvre gauche et des îlots d'hépatisation rouge et grise dans le poumon du même côté et la présence d'un liquide épais, verdâtre, remplissant le poumon, les bronches et la trachée, on trouve à 2 centimètres 1/2 au-dessous de la bifurcation de la trachée la bronche gauche rétrécie, étranglée, laissant à peine passer un stylet. Sur son côté interne s'appuie un volumineux ganglion tuméfié, noir, plus gros qu'un œuf de

pigeon. Il n'exerçait aucune compression sur la bronche, mais par son volume rendait compte de la matité perçue dans la région sternale supérieure. Une partie du cercle cartilagineux a disparu sur ce point. Peut-être est-ce là une gomme qui aura suppuré et la bronche aura sans doute subi cet énorme rétrécissement sous l'influence du travail cicatriciel.

Cette observation, dit M. Worms, se recommande par les points suivants :

1° La lésion de la bronche qui a amené le rétrécissement a passé inaperçue pour la malade ;

2° En présence d'un obstacle purement identique, les accidents de suffocation étaient intermittents ;

3° La mort est survenue subitement. La possibilité de ce genre de mort est signalée par Biermer, dans son Mémoire sur les rétrécissements de la trachée et des bronches. (*Gazette des Hôpitaux*, 9 septembre 1869.)

Cette observation est, en effet, très-intéressante, et on ne saurait recueillir avec trop de soins tous les faits qui, se rattachant à la syphilis viscérale, permettront d'écrire un jour son histoire pathologique, histoire qui, malgré de très-louables essais, est encore actuellement des plus obscures et des plus incomplètes. Peut-être pourrait-on aussi se demander si un traitement spécifique institué avant l'admission de la malade à l'hôpital et dès le début des symptômes d'oppression n'aurait pas eu pour résultat de faire dissoudre la tumeur gommeuse ou du moins d'en enrayer les progrès et par suite de supprimer la cause première de la coarctation bronchique et des accidents funestes qui en ont été la conséquence.

Cas d'inflammation aiguë des artères cérébrales pendant la syphilis.
Autopsie, par le docteur Moxon.

Le fait suivant a une extrême importance, soit au point de vue des affections syphilitiques du cerveau, soit en ce qui concerne le problème pathologique de la relation de la syphilis avec les maladies des artères. Les nodus syphilitiques ou « gommes » du cerveau sont aujourd'hui parfaitement démontrés, mais il n'est pas encore auss certain que l'inflammation spécifique puisse envahir directement les artères cérébrales. Cependant, quelques cas peu nombreux tendraient à le prouver. L'observation suivante confirme de la manière la plus concluante la réalité d'inflammation et pose expressément la question de l'artérite syphilitique aiguë.

Il s'agit d'un homme de 31 ans, qui entra le 29 juillet dans le service du docteur Fagge. Il était affecté de syphilis et se plaignait de céphalalgie depuis plusieurs mois. Il fut frappé le 29 juillet, à midi, d'une attaque apoplectiforme. On le trouva dans l'impossibilité de parler ; ce n'était ni de l'aphasie ni de l'aphonie, mais il ne pouvait remuer la langue. Difficulté très-grande d'avaler. Ses lèvres étaient pendantes, et la salive dégouttait de sa bouche. Le côté droit était presque complétement paralysé, le gauche était faible. Les battements cardiaques normaux. Il succomba environ vingt-quatre heures après son entrée.

Nécropsie. Le docteur Moxon constate au centre de l'os frontal un nodus tout à fait récent, présentant la forme d'une plaque arrondie de la grosseur d'une pièce d'un franc, et ayant un cinquième de pouce d'épaisseur ; il est situé dans la couche profonde du péricrâne, reposant sur l'os ; ses parties les plus profondes sont jaunâtres et opaques, et sa couche superficielle exactement vasculaire ; l'os lui-même

est légèrement rugueux, semble poreux et injecté dans le point correspondant. Cette plaque offre tous les caractères d'un nodus syphilitique de l'os. La surface du crâne était rendue inégale par l'existence de nodus plus anciens. La dure-mère est saine; l'arachnoïde un peu épaissie vers la base du cerveau et le long de la scissure de Sylvius.

Quelques-unes des artères cérébrales sont affectées d'une manière très-remarquable. L'artère basilaire notamment est beaucoup plus volumineuse, et sa coloration d'un blanc laiteux. Sur une longueur de trois quarts de pouce elle présente l'aspect d'un morceau de macaroni bouilli; mais, sur quelques points la teinte est plus opaque et la surface un peu plus irrégulière. L'artère vertébrale droite est très-petite, la gauche proportionnellement volumineuse, épaissie et un peu plus opaque et dure. Le changement dans l'artère basilaire s'arrête assez brusquement aux deux extrémités de la plaque malade.

Après avoir ouvert l'artère basilaire on remarqua que son calibre était rétréci de la moitié de sa largeur naturelle par suite de la tuméfaction de ses parois. Celles-ci étaient molles et charnues, présentant tous les caractères de la lymphe solide. Le microscope montrait que cet aspect semblable à de la lymphe était réel, car les parois tuméfiées étaient composées de corpuscules agglomérés intimement offrant tous les caractères des corpuscules inflammatoires; on les rencontrait dans les couches entre les débris tuméfiés des tuniques artérielles.

Ainsi il ne reste aucun doute d'un état inflammatoire aigu de la paroi artérielle, et la corrélation de la lymphe de la cloison artérielle avec celle du nodus péricranien était assez prononcée.

Il existait sur l'artère de Sylvius, du côté gauche, deux points présentant cette même inflammation si remarquable,

à son premier degré. La substance du pont de Varole était tuméfiée, sa section laissa écouler une petite quantité d'eau, on constata un ramollissement très-appréciable, marqué surtout à gauche. La partie du cerveau correspondant à l'artère de Sylvius, du côté gauche, était un peu ramollie. Les autres organes n'offraient rien qui fût digne d'intérêt.

On est actuellement porté à considérer tous les changements qui surviennent dans les artères comme étant de nature chronique et le résultat d'une dégénérescence. Lorsqu'on trouve l'intérieur d'une artère altéré par un épaisissement athéromateux et cartilagineux, on le regarde comme le résultat de modifications séniles atrophiques. Ce sont même ces modifications chroniques et ces dégénérescences que l'on range ordinairement parmi les causes des anévrismes. L'auteur, M. Moxon, pense que cette opinion de pathologie artérielle est très-loin d'être exacte. Quant aux anévrismes ils surviennent souvent chez les jeunes gens et l'on trouve à l'aide d'un examen microscopique les portions épaissies et ramollies de la paroi artérielle accompagnant les anévrismes, infiltrées de corpuscules inflammatoires ; de sorte, en un mot, que bon nombre d'anévrismes, sinon tous, sont des accidents d'artérite. L'auteur croit également que l'état des artères altérées chez les vieillards, artères qu'on considérait comme dégénérées, était peut-être dans un certain nombre de cas le reste d'une ancienne inflammation des parois artérielles, correspondant aux épaississements anciens de la plèvre, de nodus périostique, etc. Ce n'est point là, d'ailleurs, une opinion nouvelle, du moins en ce qui concerne la nature inflammatoire des affections artérielles. La présence de ces corpuscules inflammatoires dans les parois des artères a été confirmée par de nombreux observateurs, notamment en Allemagne, et le docteur Moxon a constaté leur existence dans beaucoup de cas. Mais dans l'observa-

tion actuelle l'artérite différait des formes ordinaires de l'épaississement des artères. Elle affectait toute l'épaisseur des membranes et la quantité de lymphe sécrétée était très-exceptionnelle. La présence de cette remarquable maladie artérielle ainsi que l'existence des nodus du périoste chez un malade syphilitique est un autre exemple important, démontrant le pouvoir de la syphilis comme cause d'une affection aiguë des artères. (*Lancet*, sept. 1869.)

Cette observation est des plus intéressantes au point de vue anatomo-pathologique, les altérations cadavériques y sont décrites avec une précision et une lucidité remarquables, elle mérite à ce point d'attirer l'attention non-seulement des spécialistes mais de tous les médecins. Nous ne ferons qu'une seule objection qui a, pensons-nous, une réelle importance. La lésion artérielle avait-elle réellement son point de départ dans le virus syphilique?

L'auteur se borne à dire que le malade était affecté de syphilis et se plaignait de maux de tête depuis quelques mois. Nous eussions aimé à savoir sur quelles lésions reposait un tel diagnostic. Quelle était leur nature? Si un traitement avait été institué? etc.... On comprend facilement de quel intérêt eût été l'élucidation de ces divers points. En un mot, à côté du bulletin anatomo-pathologique nous eussions été reconnaissants de trouver les données fournies par l'étude clinique. C'est en effet par la comparaison et l'étude attentive de ces deux ordres de recherches que la science peut faire des progrès durables et nous persistons à croire qu'il est de la plus haute importance de ne sacrifier jamais l'un de ces modes d'investigations à l'autre; c'est en s'éclairant à cette double clarté que sera complétée l'étude des maladies et par suite l'édifice de la science médicale.

L'un de nos spécialistes, auquel nous avons avant de les publier, communiqué cette observation et les réflexions

précédentes, n'irait pas dans ses exigences critiques aussi loin que nous. Il admet que ce sujet avait la syphilis ; car, pour lui, l'état dcs os, constaté à l'autopsie, supplée parfaitement l'abscnce, d'ailleurs regrcttables, de détail sur les antécédents du malade.

Mais il ne regarde point comme démontrée la nature syphilitique des lésions artériellcs cérébrales. Ccs lésions, l'auteur anglais le déclare lui-même, sc rencontrent chez bon nombre de sujets, jeunes ou vieux. Or, en quoi chez notre sujet, ces lésions différaient-elles de la forme qu'elles affectent habituellement ? Suffit-il pour avoir droit de les attribuer à la syphilis de remarquer « qu'elles affectaient toute l'épaisseur des membranes, et que la quantité de lymphe sécrétée était très-exceptionnelle ?.... Non, ce sont-là des différences de degré, de siége, si l'on veut, mais non de nature, non de composition histologique. Aussi, jusqu'à plus ample informé, est-on parfaitement en droit de se demander, même en présence des minutieux détails de cette relation nécropsique, si la lésion qui y a été constatée sur les artères cérébrales était réellement de naturc syphilitique, si ce n'était pas bien plutôt, selon l'ancienne et si juste cxpression, une lésion commune *chez* un sujet syphilitique ?

VARIÉTÉS.

Si les Américains entrent les derniers dans la voie du journalisme spécial, ils ont du même coup dépassé leurs devanciers en créant simultanément, et une société de dermatologie, ainsi que nous l'avons annoncé dans notre précédent numéro, et actuellement, *the american journal of syphilography and dermatology*, édité par le docteur Henri.

Aux félicitations que nous adressons à nos collègues d'outre océan, nous sera-t-il permis d'ajouter un mot empreint d'un sentiment moins impersonnel ? Dans notre précédent article sur les sociétés de dermatologie, nous faisions sentir qu'il est impossible, dans un corps académique comme dans un recueil périodique, de séparer deux spécialités aussi indissolublement liées que le sont la syphiligraphie et la dermatologie. Aussi ne pouvons-nous nous défendre d'une certaine satisfaction en voyant nos honorables confrères qui avaient protesté contre cette union si profitable aux progrès de la science, la réaliser aujourd'hui dès leur premieres sai. Il appartient à l'Amérique de donner l'exemple d'une abnégation aussi digne d'éloges ; l'esprit positif qui y prime tous les autres mobiles, ne rend possible que là ces heureux démentis, auxquels nous devons aujourd'hui, à côté d'une aussi flagrante infraction infligée à la logique, un pareil monument élevé à la science.

Le premier numéro nous donne en effet le spécimen le plus complet de la manière féconde, pratique et impartiale dont la tâche a été comprise, et dont elle sera assurément poursuivie à l'avenir par nos très-habiles et savants collègues.

Paris. — Imprimerie PAUL DUPONT rue Jean-Jacques-Rousseau, 41

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

MODE PARTICULIER DE TRANSMISSION

DE

LA SYPHILIS AU NOURRISSON

PAR LA NOURRICE DANS L'ALLAITEMENT

PAR LE Dr ACHILLE DRON

Chirurgien en chef de l'Antiquaille (*hôpital des vénériens de Lyon*)

Il ne s'agit pas, dans cette étude, de la transmission de la syphilis au nourrisson par une nourrice présentant, au moment où elle s'offre, des accidents primitifs ou secondaires : un examen attentif suffira pour faire rejeter une pareille nourrice.

Il n'est pas question non plus de nourrices affectées antérieurement de syphilis, mais n'en présentant aucune manifestation au moment de l'examen. Quelques questions, habilement posées, décèleront leurs antécédents morbides ; des cicatrices, des engorgements ganglionnaires persistants, pourront dénoter la maladie passée. Du reste, les femmes qui ont été infectées se présentent bien rarement comme nourrices : elles ont conscience de leur mauvaise santé, se

défient de leur lait et craignent de contaminer leur nourrisson.

Le cas que j'étudie est peu connu, si toutefois il a été signalé. Voici en quoi il consiste :

Une nourrice, bien portante jusqu'alors, a donné le sein à un enfant syphilitique dont elle a été séparée pour une cause quelconque. Un temps plus ou moins long s'est écoulé depuis ce moment : elle paraît indemne ; on lui donne un nouveau nourrisson d'une santé parfaite. Pendant qu'elle allaite ce dernier, sans s'être exposée à une nouvelle contagion, il se développe sur son sein *un chancre syphilitique* qu'elle transmet au second enfant confié à ses soins.

Cela n'a rien d'étonnant pour qui connaît l'évolution de la syphilis. Il existe en effet entre le moment du contact de l'agent virulent et celui du développement du chancre, accident initial de la syphilis, une période dite d'incubation qui est en moyenne de 25 jours, mais qui peut s'étendre beaucoup plus loin. MM. de Castelnau, Chausit et Fournier ont cité des observations où cette incubation a duré 4 à 6 semaines ; dans un cas rapporté par ce dernier observateur, elle a même dépassé le chiffre de deux mois. Or, il peut arriver que la nourrice soit séparée du nourrisson malade lorsque déjà a commencé cette période d'incubation. Elle est infectée, mais aucun symptôme de la maladie ne se montre encore. Dans cet état, ne soupçonnant pas son mal, elle vient chercher un nouveau nourrisson. Elle est de bonne foi : comment penser qu'elle peut être malade quand 8 jours, 15 jours, 4 *semaines* se sont écoulés depuis sa séparation d'avec l'enfant syphilitique sans que rien de suspect ne se soit montré sur son corps. Elle a entretenu son lait en se faisant téter par d'autres enfants, par un jeune animal, ou par des moyens artificiels. On l'examine, mais l'observation la plus attentive ne fait rien découvrir. Quant à l'enfant mort ou rendu à ses parents, le plus souvent il n'en est pasques

tion ; ou bien, si on interroge la nourrice à son égard, elle peut répondre qu'il est resté au pays ou qu'il a succombé à toute autre maladie. Rassuré par des apparences de santé que ne peut démentir l'examen le plus approfondi, le médecin lui confie un nouveau nourrisson qui est, lui, parfaitement bien portant. Elle l'emporte et bientôt sur le sein qu'elle lui donne apparaît une lésion. C'est ordinairement une papule qui s'excorie. Elle pense avoir affaire à une gerçure, elle continue l'allaitement. Mais cette excoriation s'agrandit, se creuse, s'indure, s'accompagne d'adénopathie axillaire. C'est un chancre syphilitique qui sera suivi d'accidents constitutionnels. L'enfant qui prend ce sein malade, dont les lèvres touchent ce chancre méconnu, ne tarde pas à être infecté à son tour ; un chancre se développe sur ses lèvres ou quelque part dans sa cavité buccale et plus tard paraîtront chez lui les symptômes généraux de la syphilis.

Pour prouver ce que j'avance j'ai recueilli un certain nombre d'observations que j'ai divisées en deux séries. Dans la première qui comprend douze cas, on voit le chancre mammaire se montrer plus ou moins longtemps après la cessation de l'allaitement. Pendant ce temps d'incubation, de santé apparente, les nourrices auraient pu prendre un deuxième nourrisson. Mais cela n'a pas eu lieu dans cette catégorie. Dans la seconde série qui comprend cinq cas, les nourrices après la mort de l'enfant syphilitique ont pris un autre nourrisson, et le chancre syphilitique, développé sur leur sein pendant l'allaitement, a été transmis à l'enfant.

Première série : nourrices chez lesquelles le chancre s'est développé après la cessation de l'allaitement de l'enfant syphilitique.

Observation I. — Marie Mondière, âgée de 22 ans, entre

le 22 octobre 1869 à l'hôpital de l'Antiquaille, salle Sainte-Hélène, n° 9, service du docteur Achille Dron. Elle est d'une haute stature et d'une constitution magnifique. Jamais de maladie antérieure à celle qui l'amène. Accouchée en septembre 1868, elle sèvre son enfant à la fin de juin 1869 et vient chercher un nourrisson à la Charité de Lyon. On lui remet une petite fille de 15 jours qu'elle allaite pendant un mois et demi, époque à laquelle l'enfant meurt.

La paume des mains, la plante des pieds, les fesses et les organes génitaux de cette petite fille présentaient de grosses bulles qui se crevaient pour donner passage à un liquide transparent; plaques muqueuses à la langue, aux lèvres.

La nourrice n'avait aucune lésion au sein à la mort de l'enfant; ce n'est que *trois jours* après qu'elle vit apparaître au mamelon gauche une ulcération qui s'accompagna d'engorgement des glandes de l'aisselle. Le chancre mit un mois à guérir. Deux mois plus tard apparurent les lésions vulvaires. La malade avait recommencé depuis longtemps ses rapports conjugaux. Son mari, quand elle l'a quitté, portait sur la verge un petit bouton ulcéré datant d'une huitaine de jours. (Fin d'octobre.)

La nourrice nous présente, à son entrée dans le service, des plaques muqueuses papulo-hypertrophiques sur les grandes lèvres, des croûtes dans les cheveux, de l'alopécie, des papules cuivrées sur divers points du corps et en particulier au cou. La cicatrice du chancre mammaire est indurée; engorgement ganglionnaire dans l'aisselle correspondante. — Son mari est entré à l'Antiquaille le 8 décembre 1869. Il porte sur le prépuce un chancre induré qui commence à se cicatriser. Il accuse de la céphalée, des douleurs rhumatoïdes; il a des croûtes dans les cheveux qui tombent et des plaques muqueuses au gosier.

Antoine Mondière, fils des deux précédents malades, a

été apporté à la crèche de l'Antiquaille le 30 octobre. La syphilis s'est manifestée chez lui peu de temps après le départ de sa mère. Il est couvert de papules cuivrées et des plaques muqueuses ulcérées foisonnent sur ses parties génitales, à la région anale, à la langue et aux commissures des lèvres.

La nourrice a été traitée par le proto-iodure hydrargyrique, des lotions avec la liqueur de Labarraque et des pansements avec la poudre de calomel sur les plaques muqueuses qui ont été aussi cautérisées. L'enfant a pris de la liqueur de Van-Swieten, une cuillerée à café par jour; ses plaques muqueuses ont été traitées de même que celles de la mère; plus tard bains avec 2 à 4 grammes de sublimé.

Le père a pris du proto-iodure hydrargyrique, 5 centigrammes par jour; gargarismes avec de la liqueur de Van Swieten et cautérisation des plaques muqueuses du gosier; bains de vapeur.

Toute la famille est sortie guérie le 28 janvier 1870.

Observation II. — Jeanne Devaux, âgée de 44 ans, entre le 22 novembre à l'Antiquaille, salle Sainte-Hélène, n° 10, pour des lésions syphilitiques tertiaires du larynx. Voici l'origine de la maladie :

Il y a treize ans, elle vint à la Charité de Lyon prendre un enfant de 24 jours ne présentant rien de suspect à cette époque. Les accidents débutèrent au bout de huit jours : mal à la bouche, boutons sur le ventre, à l'anus.

Elle garda le nourrisson six semaines au bout desquelles il mourut couvert de très-grosses pustules. *Huit jours après sa mort*, la nourrice voit une ulcération se développer sur son sein gauche et deux glandes s'engorgent dans l'aisselle. — Plus tard, plaques sur tout le corps, croûtes dans les cheveux, mal au gosier; jamais de lésions vulvaires. Elle vint se faire traiter dans cet hospice dans le mois de

septembre 1856 et sortit sans accidents à la fin de l'année. — Depuis elle accoucha d'un enfant chétif qui, quoiqu'à terme, mourut au bout de huit jours. — Son mari eut en même temps qu'elle une maladie cutanée; la malade se rappelle surtout lui avoir vu de grosses pustules sur les jambes. Il eut aussi mal au gosier et vint se faire traiter à l'Antiquaille.

Pendant que les deux époux étaient à l'hôpital, leurs deux enfants, l'un de trois ans, l'autre de treize mois, moururent avec des accidents du côté de la bouche et des boutons sur tout le corps.

Une domestique âgée de 18 ans qui les soigna, contracta également une maladie avec accidents du côté de la bouche, boutons à la figure et sur le corps. Un médecin déclara que les deux enfants lui avaient communiqué la syphilis et la nourrice dut payer les frais du traitement.

Actuellement la femme Devaux souffre au niveau du larynx. Elle a la voix complétement éteinte, la respiration difficile, la déglutition douloureuse et accuse des douleurs nocturnes, ostéocopes dans les membres. Le laryngoscope montre des ulcérations sur l'épiglotte et les cordes vocales.

Traitement par l'iodure de potassium dont la dose a été portée progressivement à 5 grammes par jour : amélioration notable. Elle est encore dans le service.

Observation III. — Victorine Lafont, 36 ans, entre le 6 janvier 1870 dans la salle Sainte-Hélène, à l'Antiquaille.

Constitution robuste. Elle a eu cinq enfants. Le dernier fut sevré à l'âge de 10 mois. A cette époque sa mère vint à la Charité de Lyon où on lui confia un petit garçon âgé de 10 jours, qui ne présentait, nous dit-elle, aucune espèce de lésion. Il était chez elle depuis 15 jours quand elle vit apparaître sur son dos une éruption qui se propagea bientôt

vers les fesses, pour atteindre la verge dans les derniers jours de l'enfant. Il eut aussi à la bouche une lésion à laquelle la malade ne veut attacher aucune importance. C'est, nous dit-elle, le *blanchet* (le muguet). Il n'a jamais eu ni aux pieds, ni aux mains, la moindre lésion. Il mourut à l'âge de six semaines. *Huit jours après la mort de l'enfant*, la nourrice prit sur le sein droit (qu'elle présentait presque toujours au nouveau-né) *un petit bouton qui a éclaté.* Un ganglion s'engorgea sous l'aisselle en même temps. Cette ulcération a duré sept semaines.

Trois semaines après l'apparition du chancre mammaire, des papules apparurent sur le cou et le tronc, des douleurs pharyngiennes se manifestèrent en même temps que des lésions vulvaires. Actuellement l'induration mammaire et les ganglions axillaires persistent. Sur la vulve et le périné, au pourtour de l'anus, on trouve des tubercules muqueux ulcérés. Il n'y a pas de lésions buccales. Traitement par le proto-iodure hydrargyrique : pansement avec la poudre de calomel, cautérisations. Sort guérie le 20 février.

Observation IV. — Marie Mondière, cousine du sujet de la 1re observation, âgée de 35 ans, entre le 22 octobre 1869 à l'Antiquaille, salle Sainte-Hélène, n° 3. Elle présente sur le tronc et les membres une éruption papuleuse ; plaques muqueuses au gosier, plaques papulo-hypertrophiques à la vulve ; croûtes dans les cheveux qui tombent. Au sein gauche, attaquant le mamelon, est un chancre induré en réparation avec adénopathie axillaire. — Au mois de juillet 1869, elle vint chercher un nourrisson à l'hospice de la Charité de Lyon. On lui confia une petite fille qui présenta un mois après des ulcérations aux doigts et aux fesses succédant à des bulles et des papules sur le corps. La nourrice n'a rien remarqué aux lèvres, dans la bouche, ni aux

parties génitales de l'enfant qui mourut au bout d'un mois et demi.

Huit jours après la mort de l'enfant, elle vit *une petite crevasse* se produire sur le sein gauche; cette crevasse s'élargit avec assez de rapidité et dura sept semaines.

La cessation de l'allaitement aidant, le sein s'engorgea et les douleurs furent très-vives pendant quelque temps. Des lésions buccales ne tardèrent pas à se produire. La maladie continuant, elle se décida à venir demander la guérison à l'Antiquaille.

Traitement par le proto-iodure hydrargyrique, 5 centigrammes par jour ; pansement avec la pommade et la poudre de calomel ; bains sulfureux. Sort guérie le 19 février.

Observation V. — Anne Gilles, âgée de 33 ans, tempérament lymphatique ; entrée à l'Antiquaille le 25 mai 1853. — Bonne santé antérieure. Après avoir sevré son dernier enfant, au commencement de janvier 1853, la femme Gilles vint à la Charité de Lyon pour prendre un nourrisson. On lui donna une petite fille âgée d'environ deux jours, bien conformée, mais peu développée, et dont la peau offrait une teinte jaune et terreuse. La petite fille, qu'on venait de vacciner, ne présentait sur le corps, à part les traces de cette opération, ni boutons ni ulcérations. Deux des pustules vaccinales ont été fort larges et fort longues à se cicatriser.

Au bout de trois semaines, éruption sur le corps de l'enfant de petits boutons pleins (papules), principalement sur le tronc. Les fesses ont présenté quelques grosses pustules qui ont beaucoup suppuré. Les papules étaient de couleur cuivrée ; il s'en détachait de petites pellicules blanchâtres. Rien aux ouvertures naturelles. L'haleine de l'enfant était très-fétide ; on n'a pas examiné l'arrière-gorge.

L'enfant mourut 3 mois et demi après son entrée en

nourrice. Sa mort fut presque subite. Elle devint cyanosée et rendit beaucoup de sang par la bouche.

Quinze jours après la mort du nourrisson, sans que la femme Gilles eût donné le sein à aucun autre enfant, elle vit apparaître, autour de chaque mamelon, des plaques rouges, excoriées, excrétant un liquide purulent. La malade n'en souffrait pas beaucoup, elle les pansait avec de la pommade donnée par le médecin de la localité et prenait des tisanes adoucissantes. Voyant qu'elle ne guérissait pas, elle se décida à entrer à l'Antiquaille, salle Sainte-Françoise, nº 16.

Examen de la malade à son entrée. — Rien aux organes génitaux ; au sein gauche, chancre entourant presque le mamelon (1) ; au sein droit, chancre au-dessus du mamelon. Adénopathie axillaire des deux côtés. Cephalée opiniâtre, engorgement des ganglions occipitaux, un peu d'alopécie.

2 juin. — L'affection syphilitique se dessine de plus en plus. Éruption de papules peu élevées, de couleur cuivrée, se couvrant d'écailles qui tombent facilement, et siégant principalement aux avant-bras sur la face antérieure, au ventre, aux cuisses, sur les épaules. Ces papules paraissent mieux le matin et sous l'influence de la chaleur du lit ; elles causent peu de démangeaison. Le gosier est douloureux ; les amygdales sont hypertrophiées et présentent des ulcérations à fond grisâtre, l'alopécie est considérable.

Traitement par les pilules de proto-iodure hydrargyrique, des gargarismes iodurés. On touche les ulcérations des amygdales avec le crayon de nitrate d'argent. Sort gué-

(1) A l'époque où j'ai recueilli cette observation, et quelques-unes des suivantes, j'appelais plaque muqueuse ulcérée la lésion qui plus tard a été reconnue pour être un véritable chancre. J'ai cru devoir mettre le diagnostic au niveau de la science; mais il n'y a que le mot de changé.

rie le 5 septembre 1853. On a été obligé d'interrompre plusieurs fois le traitement à cause du mauvais état des voies digestives.

Observation VI. — Une nourrice âgée d'une trentaine d'années environ, est choisie pour allaiter un bel enfant nouveau-né. Pendant trois semaines l'enfant reste sain, puis au bout de ce temps, il présente quelques pustules faciales de nature douteuse d'abord, puis évidemment syphilitiques au bout de quelques jours.

Plus tard, très-nombreux accidents : coryza, syphilides papulo-croûteuses à la face couvrant entièrement lèvres, nez, menton. Syphilides ulcéreuses des fesses. Il dépérit rapidement et meurt après quelques semaines.

Dès l'apparition des boutons suspects, la nourrice fut avertie par M. le docteur Siredey et par moi de cesser l'allaitement ; malgré nos instances elle s'y refusa.

Au moment de la mort de l'enfant, examinée chaque jour elle ne présenta aucun symptôme. Elle fit passer son lait et ne prit pas de nouveau nourrisson.

Ce fut *quinze jours après le décès de l'enfant* que commença à se manifester sur l'aréole du sein gauche une papule qui prit un rapide développement et devint un chancre, type de forme ecthymateuse, avec une très-forte induration. Dans l'aisselle correspondante ganglion assez volumineux.

Traitement mercuriel.

Le chancre guérit dans l'espace d'un mois, mais il fut suivi dans le délai ordinaire d'accidents constitutionnels. (Roséole, syphilides papulo-squammeuses). (Audoynaud ; *Thèse inaugurale*, 1869, *Obs.* 6.)

Observation VII. — Enfant syphilitique né d'un père et d'une mère infectés tous deux.

Un mois après sa naissance il commença à présenter des boutons secs et confluents sur les fesses et les cuisses; plus tard, petites papules cuivrées sur le corps, sur les jambes; puis plaques muqueuses dans le pli interfessier ; érosions linguales, palatines.

Sa nourrice l'a allaité pendant plus de quinze jours après l'apparition des symptômes syphilitiques. Elle n'a cessé de le faire que le 14 juin, époque à laquelle elle a été remplacée par une chèvre. Très-soigneusement examinée dans les semaines qui suivirent, elle ne présenta *absolument rien d'apparent jusqu'au 5 juillet.* A ce moment se développa sur son sein une petite papule qui grandit, s'ulcéra, s'accompagna d'adénopathie axillaire. Cette ulcération reposait sur une base indurée, sèche, élastique, chondroïde. Quelque temps après éruption de plaques rosées sur le corps. La nourrice est retournée dans son pays. L'enfant a guéri ; il a été traité par des frictions mercurielles et la cautérisation des plaques muqueuses. (Audoynaud, *Thèse inaugurale*, 1869. *Obs.* 1 extrait.)

Observation VIII. — Antoinette Peyronnet, âgée de 34 ans, de Malval (Loire). Bonne constitution; pas de maladies antérieures à celle que nous observons le jour de son entrée à l'hospice de l'Antiquaille, le 5 octobre 1854.

Cette femme est accouchée le 1er février 1854. Le 20 mai suivant elle quitte son enfant pour venir prendre un nourrisson à Lyon. C'est un nouveau-né de faible apparence, mais ne présentant alors aucun signe de syphilis.

Dans le milieu du mois de juin des ulcérations à fond blanchâtre se montrent aux commissures des lèvres de l'enfant; puis éruption générale sur le corps de boutons, les uns suppurants, les autres solides recouverts d'une légère squamme, papules humides à l'anus, à chaque pli génito-crural. Le nourrisson meurt le 1er juillet. *Trois se-*

maines après la mort de l'enfant apparition autour du mamelon du sein gauche de trois ulcérations fournissant peu de pus et accompagnées d'engorgement des glandes de l'aisselle correspondante. Huit jours après semblable lésion au sein droit. Un médecin consulté prescrit pour les ulcérations un pansement avec l'onguent mercuriel et des cautérisations. Il donne des pilules mercurielles à l'intérieur et de la tisane de salsepareille. A la fin du mois d'août la malade souffre déjà du gosier ; dans les derniers jours de septembre se montrent les éruptions qui la déterminent à entrer à l'hospice le 5 octobre. Je constate alors les cicatrices encore indurées des chancres mammaires et l'adénopathie axillaire. A la vulve il y a des plaques muqueuses sur les petites lèvres et à la face interne des grandes. — Plaques muqueuses sur les amygdales, croûtes dans les cheveux, engorgement des ganglions sous-occipitaux. — Syphilides papulo-squammeuses avec quelques pustules surtout sur le tronc et l'épaule gauche. Traitement par la liqueur de Van Swieten, la tisane de salsepareille et douce-amère, la pommade de calomel, les fumigations de cinabre. Plus tard, sirop de Boutigny. — Sortie le 9 novembre ; plus de plaques muqueuses nulle part, mais les syphilides n'ont pas encore entièrement disparu.

Observation IX. — Marie P..., 24 ans.

Le 24 janvier 1869 cette femme entra à la Pitié dans le service de M. le professeur Broca et fut couchée au n° 12 de la salle Saint-Augustin.

Elle a eu deux accouchements. Le premier, le 28 juillet 1866, enfant mort-né ; le deuxième, le 11 novembre 1868, à Saint-Antoine. Cette fois l'enfant était bien portant.

En sortant de l'hôpital, quinze jours après son accouchement, elle prit un nourrisson. L'enfant dont elle se

chargea avait cinq semaines et portait sur tout le corps (bouche, nez, front) des boutons nombreux.

Dès le premier jour, cette femme soupçonna son nourrisson d'être malade; elle le montra à un médecin, qui conseilla de cesser l'allaitement. Mais il était déjà trop tard, bien qu'elle n'eût gardé l'enfant que pendant quatre jours.

Un mois s'était à peine écoulé, qu'elle remarqua sur son sein droit, au-dessous du mamelon et sur les limites de l'aréole, un petit bouton ; ce petit bouton se couvrit plus tard d'une croûte dont la chute laissa à nu une plaie. Cette plaie ne tarda pas à s'agrandir.

Déjà, depuis deux jours avant son entrée à l'hôpital, la malade a ressenti dans l'aisselle du côté affecté des ganglions légèrement douloureux. Il existe, sur le mamelon droit et à un centimètre en dehors de lui, une croûte qui enlevée, laisse voir une ulcération plus longue que large. Elle repose sur une base fortement indurée, est limitée par un bourrelet saillant ; ses bords sont un peu élevés et sur un fond grisâtre. Il y a de l'adénopathie axillaire et l'on trouve des ganglions engorgés et légèrement douloureux sous le grand pectoral. Rien aux parties génitales, examinées avec le plus grand soin à plusieurs jours d'intervalle.

3 février. — Adénite inguinale double. On trouve des ganglions nombreux et peu développés au cou.

Les jours suivants, on commence à voir des signes certains d'infection, ce sont des taches rosées sur la poitrine et les avant-bras.

Le chancre a disparu par l'emploi de la poudre de calomel.

On ordonne à cette femme une pilule de proto-iodure hydrargyrique et six pilules de Vallet. — (Audoynaud, *loc. cit.*)

Observation X. — Joséphine Berlioz, âgée de 28 ans ;

cultivatrice en Savoie, est entrée à l'Antiquaille le 25 décembre 1869. Cette femme, qui est mariée depuis six ans, et qui a déjà eu deux enfants bien portants, vint à Lyon il y a trois mois et demi pour chercher un nourrisson. Le bureau des nourrices lui remit un enfant naturel, petite fille âgée de trois semaines, qui n'avait alors aucune lésion apparente. Deux semaines après apparurent sur les fesses de l'enfant des excoriations et plus tard des croûtes au visage, vers le menton et sur les commissures labiales. La femme Berlioz garda ce nourrisson dans cet état pendant un mois. Mais lorsqu'elle vit venir des boutons autour de la vulve et l'anus ainsi que des ulcérations aux lèvres et au gosier, elle rendit la petite fille à ses parents.

C'est *un mois* après l'avoir rendue, et sans avoir donné le sein à aucun autre enfant que la nourrice vit apparaître sur son sein gauche, au niveau du mamelon, une petite excoriation. En même temps un ganglion s'engorgeait dans l'aisselle.

A son entrée à l'hôpital on voit encore à la base du mamelon le chancre induré qui date d'un mois et demi. Le ganglion axillaire correspondant est assez volumineux.

En examinant les organes génitaux on trouve des plaques muqueuses sur les petites lèvres ; il y a sur le ventre et les cuisses une éruption papuleuse assez abondante. Sur les jambes on trouve une éruption identique à une poussée d'érythème noueux. — Plaques muqueuses au gosier, croûtes dans les cheveux, alopécie.

Traitement par les pilules de proto-iodure hydrargyrique, gargarismes avec la liqueur de Van Swieten. Pansement avec la poudre de calomel. — Guérie à la fin de février 1870.

Observation XI.— Content (Césarine), 40 ans, de Longe-Combe (arrondissement de Belley), entre à l'Antiquaille le

24 octobre 1853 ; elle est mariée à un cultivateur qui n'a jamais eu d'affection vénérienne. Cette femme a eu six enfants, dont trois sont morts ; aucun d'eux n'a présenté de symptômes que l'on puisse rattacher au virus syphilitique. Son dernier accouchement date du 21 juin 1852 : c'était un garçon qu'elle a nourri un an et qui s'est toujours bien porté. En juin 1853, elle vint prendre un nourrisson à la Charité de Lyon ; ce nouveau-né était faible, peu développé, à figure ridée. Il ne présentait aucune lésion sur le corps, à l'exception d'un bouton.

Le nourrisson fut bientôt atteint d'une ophthalmie très-grave. Il lui survint de gros boutons au cou, au ventre et aux cuisses ; les lèvres n'ont jamais présenté que de petites crevasses auxquelles la femme Content n'attache pas une grande importance. Enfin, il lui survint sur tout le corps une éruption de papules rouges analogues à celles que la malade porte elle-même. L'enfant mourut au bout de 2 mois et 7 jours.

Peu après la mort de l'enfant, il survint à la nourrice deux plaques rouges à chaque sein, plaques qui s'ulcérèrent et laissèrent suinter un liquide sanieux, et des glandes se développèrent aux aisselles. Le 20 octobre, des boutons apparurent sur son corps, et cette éruption la décida à entrer à l'Antiquaille.

Nous constatons alors une syphilide papuleuse généralisée, un engorgement des ganglions occipitaux, les traces des ulcérations mentionnées aux seins avec adénopathie axillaire. Les organes génitaux ne présentaient rien pouvant faire soupçonner une infection antérieure.

Observation XII. — Delulion (Françoise), d'Oncin (Savoie). Bonne santé jusque dans ces derniers temps ; trois enfants bien portants. A l'âge de 34 ans, nouvel enfant bien constitué, robuste, n'ayant jamais présenté ni plaques,

ni boutons sur le corps. Elle le nourrit jusqu'à onze mois, époque à laquelle il meurt de convulsions. Elle prend alors en nourrice un enfant de la Charité de Lyon ; ce nourrisson est chétif, sa peau a une teinte jaune et terreuse, son visage est ridé et vieilli : au bout d'un mois des boutons rouges, plats, humides, se développent aux articulations dans le sens de la flexion ; des pustules se montrent sur le corps, les lèvres, la langue ; les parois de la bouche sont envahies par les plaques muqueuses, qui sont surtout abondantes aux parties génitales et à l'anus.

La nourrice garda l'enfant six mois, puis le rendit à la Charité. Elle n'accuse en ce moment aucune plaie au sein ni ailleurs. Ce n'est que *quelque temps après* qu'il lui survient au sein gauche des papules qui s'ulcèrent. — Plus tard, plaques muqueuses à la vulve, au gosier, boutons sur tout le corps, alopécie. — Traitement spécifique à l'Antiquaille. Guérison.

J'ai consigné, dans le tableau suivant, le résumé de ces douze observations, pour que l'on puisse voir d'un seul coup d'œil le temps qui s'est écoulé, dans ces divers cas, entre la cessation de l'allaitement et l'apparition du chancre chez la nourrice.

PREMIÈRE SÉRIE D'OBSERVATIONS.

ORDRE des OBSERVATIONS	SORT DE L'ENFANT.	ÉPOQUE DE L'APPARITION DU CHANCRE CHEZ LA NOURRICE.
I	Mort à l'âge de 2 mois	3 jours après la mort de l'enfant (1).
II	Mort à l'âge de 2 mois 6 jours	8 jours après la mort de l'enfant.
III	Mort à l'âge de 1 mois 7 jours	8 jours après la mort de l'enfant.
IV	Mort à l'âge de 1 mois 1/2	8 jours après la mort de l'enfant.
V	Mort au bout de 3 mois 1/2	15 jours après la mort de l'enfant.
VI	Mort au bout de quelques semaines	15 jours après le décès de l'enfant.
VII	L'enfant est allaité par une chèvre; il guérit	3 semaines après la cessation de l'allaitement.
VIII	Enfant mort au bout de 1 mois 3 jours	3 semaines après la mort de l'enfant.
IX	Enfant rendu au bout de quatre jours	Près d'un mois après l'avoir rendu.
X	Enfant rendu à ses parents	1 mois après l'avoir rendu.
XI	Enfant mort au bout de 2 mois 7 jours	Peu après la mort de l'enfant.
XII	Enfant rendu à la Charité au bout de 6 mois	Quelque temps après la mort de l'enfant.

(1) Ces époques d'apparition du chancre ont été indiquées par les nourrices : on peut donc les considérer comme approximatives. Mais j'ai cherché à obtenir le plus de précision possible des femmes que j'ai interrogées.

Les nourrices dont j'ai rapporté les observations auraient donc pu, après s'être séparées de l'enfant syphilitique et avant l'apparition de leur chancre, prendre un second nourrisson qu'elles auraient certainement infecté. Elles ne l'ont pas fait dans cette série. Les nourrices de la seconde série ont été moins heureuses.

Seconde série : nourrices saines en apparence, ayant donné la syphilis à un second nourrisson.

Observation I. — La nommée Sousqui, née à Saint-Martin en Drôme, entre le 10 novembre à l'Antiquaille. Elle est âgée de 43 ans. C'est à la fin de mars 1869 qu'elle accoucha de son dernier enfant qui ne vécut qu'une heure. Immédiatement après son rétablissement elle vint à la Charité de Lyon, où on lui confia une petite fille qui à ce moment-là n'avait qu'une éruption autour des yeux. Au bout d'un mois l'enfant prit sur le ventre et les fesses de grosses bulles pleines d'un liquide transparent. Elles laissaient au-dessous d'elles la peau rouge comme après une brûlure. La nourrice observa aussi des plaques blanches sur les lèvres et les gencives du nouveau-né qui ne tarda pas à succomber.

Elle revint aussitôt à la Charité, envoyée par l'inspecteur des nourrissons de cet hospice, et comme elle ne présentait aucune espèce de lésion, on lui confia un deuxième nourrisson, qui paraissait jouir d'une excellente santé.

Le nouveau nourrisson était depuis huit jours chez la femme Sousqui quand des accidents se manifestèrent sur les seins de celle-ci : à droite, à la base du mamelon, se montrèrent deux ulcérations à base indurée ; à gauche il n'y en a eu qu'une seule. Des deux côtés les glandes de l'aisselle s'engorgèrent. Elle continua néanmoins l'allaitement.

Cinq semaines après survinrent des croûtes dans les cheveux qui tombèrent, des boutons sur le corps, du mal au gosier, à la langue, à la vulve.

Quant à l'enfant, la nourrice remarqua, au bout de deux mois qu'il portait sur la lèvre supérieure une *petite croûte bien roide, une espèce de cicatrice.* Puis quinze jours après il lui vint des boutons sur le corps, sur le front, au haut des cuisses et des bras. Au dos ces boutons étaient pleins de pus. L'enfant succomba un mois après le début de ces accidents.

La nourrice vint à Lyon pour se faire traiter. Examinée à l'Antiquaille, elle présente encore des plaques muqueuses à l'anus et à la bouche. Les traces des chancres mammaires sont très appréciables ainsi que l'adénopathie axillaire.

Pressée de dire exactement à quelle époque elle s'est aperçue du chancre de la lèvre supérieure du nourrisson, elle ne peut rien préciser. Le chiffre de deux mois qu'elle a avancé d'abord n'est donc pas exact; ce qui le fait encore supposer c'est que les accidents secondaires auraient paru chez l'enfant seulement quinze jours après.

Elle ajoute que son mari est malade, ainsi que sa fille âgée de treize ans qui s'occupait de l'enfant et préparait la téterelle.

La femme Sousqui accuse le second nourrisson de lui avoir donné le mal. Les plaies du sein ne sont venues, dit-elle, que huit jours après l'avoir allaité.

Observation II. — Gentis (Catherine), âgée de 38 ans: tempérament lymphatico-sanguin, santé ordinairement bonne; *pas de maladies syphilitiques antérieures*, non plus que son mari, tisserand, homme d'une bonne santé et d'une bonne conduite.

La femme Gentis a eu six enfants, tous bien portants. Au mois de mai 1852, nouvel enfant bien constitué, ne pré-

sentant rien de suspect sur le corps. Elle le nourrit jusqu'au mois de mars 1853. A cette époque elle fut appelée à Lyon pour servir de nourrice à un enfant agé de quatre mois qui, jusqu'à trois mois, avait été nourri au biberon par sa mère et qu'une nourrice, qui l'avait allaité pendant un mois, venait de quitter.

Nous n'avons aucun détail sur la santé des parents et sur l'état de la première nourrice. Cet enfant, malingre et offrant le facies d'un petit vieux, présentait des boutons sur tout le corps, avait des plaques blanchâtres aux commissures des lèvres et paraissait éprouver beaucoup de difficulté pour avaler.

La femme Gentis l'allaita trois jours; mais le voyant si chétif et craignant de prendre son mal, elle revint dans son pays, laissant l'enfant, qui mourut trois jours après.

Elle donna de nouveau le sein à son propre enfant; *mais trois semaines après son retour*, elle vit se développer à chaque sein, autour du mamelon, trois gros boutons qui s'ulcérèrent. Plus tard, elle eut de la céphalée, du mal à a gorge ; les ganglions occipitaux s'engorgèrent; alopécie, éruption de petits boutons pleins sur presque tout le corps ; en dernier lieu, des plaques muqueuses se montrèrent aux parties génitales, qui n'avaient rien offert jusqu'alors.

L'enfant a dépéri depuis son nouvel allaitement; les ganglions de la nuque et de l'ouïe se sont engorgés, et *il a eu du mal à la bouche*. La mère cessa de lui donner à teter dès qu'elle vit que les boutons du sein étaient sérieux.

La femme Gentis subit un traitement anti-syphilitique, la plupart des accidents disparurent ; mais pour achever de se guérir, elle entra à l'Antiquaille le 13 juin 1853.

Elle nous présente à son entrée des plaques muqueuses autour de chaque mamelon ; quelques ganglions de l'aisselle sont engorgés ; ceux de la région occipito-cervicale présentent un volume notable. Plaques muqueuses à la

vulve, du côté interne des grandes lèvres et sur les petites. Ces plaques sont en voie de réparation; quelques-unes n'existent plus qu'à l'état de macules. Engorgement indolent et peu considérable des ganglions inguinaux. Un examen minutieux, l'emploi du spéculum, ne nous ont fait reconnaître aucune trace d'accidents primitifs. Douleur à la gorge; les amygdales sont hypertrophiées sans ulcération apparente.

L'enfant, Barthélemy Gentis, âgé de 15 mois, ne présente actuellement qu'un engorgement considérable des ganglions occipitaux et de ceux des aines. Il est maigre et souffrant.

La mère fut mise à l'usage des sudorifiques et des pilules de proto-iodure hydrargyriques; l'enfant prit simplement de la tisane de tussilage et de fleurs de pensée.

Le 13 juillet, celui-ci présenta aux commissures des lèvres des plaques muqueuses, blanchâtres, fendillées. On lui donna tous les jours une cuillerée de sirop de Bellet additionné, et des bains avec 4 grammes de sublimé.

Le 27 juillet, éruption sur le corps de l'enfant, principalement au tronc, de plaques de roséole d'un rouge sombre. On remplace le sirop de Bellet par 2 centigrammes de calomélas tous les matins dans du lait. La roséole fut assez tenace et persista pendant plus d'un mois.

Le 16 août, la mère présenta une syphilide papuleuse, assez discrète, ayant pour siége principal les membres dans le sens de la flexion. Continuation du traitement; frictions avec la pommade proto-iodure de mercure; grands bains.

Sortie guérie, ainsi que son enfant, au commencement d'octobre 1853.

Cette observation est précieuse, car l'incubation du chancre mammaire (trois semaines) y est nettement indiquée, la nourrice n'ayant donné le sein que trois jours à l'enfant syphilitique.

Observation III. — Antoinette Saltarin est aeeouehée, le 12 juillet 1868, d'un enfant qui a été et est toujours bien portant. Elle le met en nourriee et entre, le 26 juillet, ehez le eomte X..., pour allaiter un nouveau-né âgé d'un jour, qui avait déjà des boutons gros eomme un pois sur les doigts, sur le ventre, boutons d'où sortait une sanie sanguinolente. Huit jours après, il lui en pousse à l'anus, aux parties génitales; puis paraissent des bulles grosses comme une noisette sur tout le eorps, des uleérations sur les lèvres et un eoryza abondant.

Antoinette S... quitte ee nourrisson au bout d'un mois et demi; elle avait alors autour du mamelon, des deux côtés, des tumeurs très-douloureuses qu'elle compare à des furoneles, qui ont suppuré beaucoup et se sont guéries en huit jours. La nourrice se faisait teter par un petit ehien pour vider ses seins. Quinze jours après sa sortie de chez le eomte, ne présentant sur le sein aueune cxeoriation, elle se plaee dans une autre maison eomme nourriee. Quatre jours après son entrée dans cette nouvelle place, deux uleérations apparaissent sur son sein gauehe; plusieurs jours se passent, les uleérations nc font que s'aecroître malgré les pansements. La mère de l'enfant qu'allaitait alors la nourrice s'en inquiète ct la fait visiter par le docteur Berne, aneien chirurgien en chcf de la Charité, qui reeonnaît des ehaneres syphilitiques ct fait immédiatement eesscr l'allaitement. Antoinette S... entre à l'Antiquaille le 31 oetobre. Le même diagnostie est porté par le chef de service des vénériennes, qui la met à l'usage de la liqueur de Van Swieten et la fait panser avec la pommade de ealomel. Elle sort sans avoir présenté d'autres symptômes; mais à la fin de décembre paraissent des aeeidents seeondaires (plaques muqueuses à l'anus et sur les amygdales) qui nécessitent un seeond séjour à l'Antiquaille, d'où elle sort guérie le 11 février 1869.

L'enfant qu'elle allaitait au moment où ses chancres se sont montrés, a été infecté. Quinze jours après avoir quitté sa nourrice, il a présenté, à la commissure gauche des lèvres et à la langue, des ulcérations diagnostiquées *chancres* par MM. Diday et Berne, et sa nouvelle nourrice a eu un pareil accident au sein. Ils ont été traités tous deux par la liqueur de Van Swieten et les cautérisations.

Observation IV. — La femme Meunier, âgée de 28 ans, accouchée, le 14 juin 1868, d'un enfant qui a toujours joui d'une bonne santé, succède comme nourrice chez le comte X... à la femme Saltarin dont on vient de lire l'observation. Elle entre chez M. X... le 18 septembre, et donne le sein à l'enfant syphilitique jusqu'au 8 octobre, époque de la mort de ce dernier.

Elle sort le 10 octobre, ne présentant au sein aucun accident, et entre dans une autre maison, où elle allaite une petite fille âgée de deux mois, parfaitement bien portante. Quinze jours après, elle éprouve une cuisson au mamelon droit; une semaine plus tard, elle y voit trois papules qui ne tardent pas à s'ulcérer. Le médecin consulté fait cesser l'allaitement le 13 novembre. L'enfant, à cete époque, ne présentait de lésion nulle part.

Une autre ulcération se développa chez la nourrice, au sein gauche, et détruisit le mamelon. Elle prit quelques pilules mercurielles, de l'iodure de potassium, fit des pansements au vin aromatique. Les chancres guérirent dans le milieu de décembre; mais le 31 de ce mois elle était en pleine éruption d'accidents secondaires (plaques muqueuses aux amygdales, à la voûte palatine, à la vulve, à l'anus; érythème papuleux sur le corps, croûtes dans les cheveux). Elle fut traitée, à l'Antiquaille, par le proto-iodure hydrargyrique et les pansements ordinaires, et sortit le 1er février 1869 sans manifestations. Elle est allée voir alors son der-

nier nourrisson, qu'elle a trouvé en mauvais état, maigre, avec des boutons. La mère lui a reproché d'avoir donné du mal à son enfant et la nourrice en est convaincue. Mais je n'ai pu avoir de renseignements directs.

Observation V. — Le 15 avril 1868, se présente à Saint-Louis, à la consultation de M. Bazin, la nommée Anne B..., âgée de 30 ans, d'une bonne constitution. Elle est accompagnée d'un enfant de 15 mois; il paraît de la meilleure santé.

Cette femme raconte que, dans le mois de février, elle prit par complaisance l'enfant d'une parente.

Cet enfant, âgé d'un mois et qui ne présentait rien sur le corps, avait été faible dès sa naissance. Il n'y avait que quelques jours qu'elle était en nourrice quand apparurent des boutons, d'abord en petit nombre, sur ses cuisses, son dos et son cuir chevelu, avec une petite écorchure à la lèvre supérieure.

Ces boutons se multiplièrent considérablement, surtout aux bourses et à l'anus; il eut mal à la gorge et mourut le 17 mars.

La nourrice n'avait jamais cessé de donner à teter à son propre enfant.

Ce fut par hasard que, quelques jours après la mort de son nourrisson, elle s'aperçut qu'elle avait un petit bouton sur son sein gauche.

Ce petit bouton indolent prit l'aspect d'une très-petite écorchure, s'ulcéra, s'étendit en entourant le mamelon et devint légèrement douloureux. Sur ces entrefaites, cette femme sevra son enfant et vit sa petite plaie se couvrir d'une croûte large comme une pièce d'un franc et revenir à son indolence première.

A l'examen, on constate que le sein gauche présente à la base du mamelon une petite cicatrice luisante, reposant sur

une induration beaucoup plus étendue. La malade présente en outre des macules sur tout le corps, des plaques muqueuses à la vulve, à l'anus et dans la bouche; croûtes dans les cheveux qui tombent, douleur dans les articulations des membres; l'adénopathie est considérable au cou, sous les aisselles, dans la région inguinale.

L'enfant présente à la face interne de la lèvre supérieure une petite plaie à fond rougeâtre, et dont la base indurée présente la forme et les dimensions de la moitié d'un petit haricot. Il a, de plus, quelques boutons rouges sur les jambes, les cuisses, la poitrine. Traitement par le sirop de proto-iodure de mercure, les bains, les cautérisations avec le nitrate d'argent.

Ces malades ont été reçus à la fin du mois d'avril; les plaques muqueuses de la mère sont guéries, sauf une dans la bouche. Le chancre de l'enfant laisse à peine de trace; ses boutons se sont affaissés; le traitement est continué. (Audoynaud, *loc. cit.*, *Obs. V.*)

Dans le tableau suivant, ces cinq faits sont résumés de manière à mettre en évidence l'époque d'apparition du chancre chez la nourrice, et, autant que possible, chez le second nourrisson.

DEUXIÈME SÉRIE D'OBSERVATIONS.

	ÉPOQUE D'APPARITION du CHANCRE CHEZ LA NOURRICE.	ÉPOQUE D'APPARITION DU CHANCRE chez le second nourrisson
Obs. I	12 jours après la mort de l'enfant...	Après 2 mois d'allaitement (?).
Obs. II	3 semaines après avoir quitté l'enfant.	....
Obs. III	15 jours après avoir quitté l'enfant..	Après trois semaines d'allaitement.
Obs. IV	1 mois après la mort de l'enfant.....	....
Obs. V	Quelques jours après la mort du nourrisson..........................	....

La conclusion à tirer de ces faits est qu'avant d'accepter une nourrice, il importe de savoir si elle n'a pas donné le sein à un enfant syphilitique. Si le nourrisson qu'elle vient de quitter présente des symptômes qui puissent dénoter cette maladie, il faut rejeter la nourrice; car, quelque saine qu'elle puisse paraître en ce moment, rien ne prouve qu'à une époque plus ou moins éloignée, il ne lui surviendra pas des accidents qui contamineront le nouveau nourrisson confié à ses soins.

Cette étude a également de l'intérêt au point de vue de la médecine légale. En effet, des contestations peuvent s'élever au sujet de l'apparition de la maladie chez une nourrice syphilitique, à l'état latent, par le fait d'un premier nourrisson, — mais saine en apparence quand on lui en a confié un second qu'elle ne tarde pas à infecter. La nourrice accuse naturellement l'enfant qu'elle allaite en ce moment d'être l'auteur de la maladie qui se développe chez elle. (V. Observation de la femme Sousqui.)

Comment, — elle qui ne connaît pas les lois de l'incubation, — pourrait-elle rapporter sa contamination au nourrisson qu'elle a perdu depuis plusieurs semaines? D'ailleurs le début du chancre est insidieux ; c'est une érosion qu'elle considère comme une de ces excoriations si fréquentes chez les nourrices.

Le plus souvent, elle ne s'inquiète qu'à l'apparition des accidents généraux ; mais, à ce moment, l'enfant a déjà eu son chancre quelque part, ordinairement dans la cavité buccale, c'est-à-dire dans un endroit où il est difficile de faire des recherches chez un tout jeune enfant. Bientôt les symptômes secondaires se montrent chez lui, et alors la nourrice, portant son nourrisson syphilitique, vient chez le médecin lui demander de constater que cet enfant l'a rendue malade, et réclame aux parents une indemnité sur

laquelle les tribunaux sont souvent appelés à prononcer.

L'embarras du médecin peut être grand. Voyant la syphilis constitutionnelle de part et d'autre, ne pouvant le plus souvent reconnaître l'accident primitif dans la bouche de l'enfant, ou du moins l'y distinguer nettement d'un accident secondaire; sachant combien il est fréquent de voir la nourrice infectée par son nourrisson; égaré quelquefois par le père qui, se rappelant quelque blennorrhagie du jeune âge, lui glisse à l'oreille qu'il n'est pas sans reproche, il peut conclure en faveur de la nourrice et accuser le nourrisson. Il faut, pour éviter une pareille erreur, scruter les antécédents des deux parties. Si rien dans la santé antérieure des parents ne légitime le soupçon de syphilis, si la nourrice a donné le sein à un autre enfant dont elle ignore la santé, à plus forte raison si elle avoue que cet enfant était syphilitique, il y a déjà une forte présomption contre elle.

Puis on doit établir d'une manière certaine la date et la filiation des accidents. Si, au moment où le chancre a débuté sur le sein de la femme, l'enfant n'avait aucun symptôme sur le corps, l'accusation se précise contre la nourrice. La syphilis héréditaire commence en effet par une poussée d'accidents secondaires sur tout le corps, et particulièrement autour des orifices naturels.

Si l'enfant n'a présenté, comme premier accident, qu'une ou deux ulcérations (le chancre infectant est ordinairement unique) siégeant à la bouche et postérieures au chancre mammaire de la nourrice; — si les plaques rouges de son corps, les papules qu'il présente aux régions génitales, anales, les ulcérations buccales, ne se sont développées que deux ou trois semaines après pareils accidents chez la nourrice, la question est tranchée : c'est cette dernière qui a infecté le nourrisson, et, si elle a quelque revendication à exercer, c'est contre les parents du premier enfant qu'elle a allaité.

NOTES CLINIQUES

SUR

LES MALADIES VÉNÉRIENNES

PAR M. LE D[r] GAILLETON

Ex-chirurgien en chef de l'*Antiquaille*.

DES COMPLICATIONS DU CHANCRE SIMPLE. — Les principales complications du chancre simple sont l'inflammation, la gangrène et le phagédénisme. Ces trois états peuvent se succéder, et la gangrène par exemple est le plus ordinairement le résultat d'une inflammation sur-aigüe ; quant au phagédénisme, la cause semble être toute spéciale et dépendre d'une modification organique encore inconnue. Les chancres phagédéniques que j'ai observés n'avaient pas été la conséquence d'un excès d'inflammation.

De l'inflammation compliquant le chancre. — J'ai observé à l'hospice de l'Antiquaille de 1864 à 1860, 50 chancres compliqués d'un état inflammatoire : 40 étaient accompagnés de phimosis ; 5 de paraphimosis ; 5 s'étalaient largement sur la surface du gland et de la peau du fourreau.

L'inflammation survient, en général, au début de la maladie et c'est entre le dixième et le vingt-cinquième jour qu'elle apparut chez nos malades ; chez quatre seulement, elle survint après le trentième jour et les sujets rapportaient l'origine de cette complication au coït.

On connaît les symptômes que produit l'inflammation du chancre ; ils sont relatés avec fidélité dans les descriptions de Rollet (*Traité des maladies vénériennes*) et de Fournier (Art. *chancre* du *Nouveau dictionnaire de méde-*

cine). L'extrémité antérieure de la verge prend un volume considérable: la peau est tendue, luisante, des lignes rouges et sinueuses indiquent la direction des lymphatiques enflammés ; le gland tuméfié est enserré dans une enveloppe trop étroite qui l'entoure de tous côtés ; la circulation se fait mal ; l'ulcère inaccessible aux pansements s'agrandit sans cesse en surface et en profondeur. Le gland se ratatine alors, diminue de volume, il semble se perdre dans la tuméfaction générale.

Si le mal est limité à la partie extérieure, la verge affecte la forme d'un *battant de cloche;* si, au contraire, l'inflammation dépasse la couronne du gland, la verge tuméfiée dans la plus grande partie de son étendue augmente uniformément de volume. Du pus sanieux, sanguinolent, s'échappe en abondance par l'ouverture du prépuce et, si on presse sur l'organe, on le voit sortir à flots. Les douleurs sont très-vives. A ce degré, l'inflammation est une complication grave et demande un traitement énergique, autrement l'ulcère s'agrandit rapidement en surface et en profondeur. En quelques jours ces ravages sont considérables et une notable partie du gland, quelquefois la totalité est dévorée.

Contre un pareil état, on a préconisé les antiphlogistiques, les bains locaux et généraux, les injections émollientes ou cathérétiques ; ces moyens sont le plus souvent insuffisants et dans tous les cas, lorsqu'ils réussissent, exigent de longs jours avant d'amener la guérison, sans compter les chances de destruction de l'organe.

Le moyen héroïque, celui qu'on ne doit pas différer à employer est l'incision ou la circoncision. Avant tout, il faut mettre largement à nu les surfaces malades et être prêt à les modifier énergiquement au besoin. Mais dans le plus grand nombre des cas, le débridement suffit pour couper court aux accidents.

Les craintes conçues par quelques auteurs à propos de l'inoculation chancreuse des bords de la plaie, sont des craintes *théoriques*. Sans doute, la plaie s'inocule, mais cela ne change en rien les conditions ordinaires de la cicatrisation. J'ai pratiqué quarante fois la circoncision à l'hôpital ou dans ma clientèle pour des cas de chancre simple avec phimosis inflammatoire et je n'ai jamais vu d'accidents. Le maximum de temps exigé pour la guérison a été de 35 jours. Si on prend la moyenne de durée de ces chancres enflammés, on trouve des chiffres bien plus élevés, car l'affection peut persister pendant des mois entiers.

J'ai vu six fois une *hémorrhagie* grave compliquer le chancre enflammé. Un malade, porteur depuis 15 jours d'un chancre, se livre à des excès de boisson et va passer la nuit dans une maison publique ; le lendemain la verge se tuméfie énormément et un écoulement sanguin assez notable apparaît. Un médecin consulté fait pratiquer des injections de perchlorure de fer qui exaspérèrent encore l'état inflammatoire. L'hémorrhagie augmente et on introduit quelques bourrelets de charpie. Le gonflement prit alors des proportions considérables et le malade entra à l'Antiquaille avec une verge dont l'extrémité avait le volume d'un verre à boire. La peau, énormément distendue, paraissait sur le point de se rompre. Je pratiquai immédiatement une large incision et il sortit de la poche une quantité considérable de caillots sanguins; la plaie fut lavée, nettoyée complétement, et le point hémorrhagique siégeant vers la rainure du gland est cautérisé avec une pointe de feu. Tout rentra dans l'ordre, mais le gland avait été détruit dans une moitié de son épaisseur.

J'ai vu un autre malade qu'une hémorrhagie persistante depuis six jours avait anémié profondément. Le sixième jour, il eut dans la nuit, une hémorrhagie des plus abondantes, qui peut être évaluée à deux litres; le malade pré-

sentait tous les symptômes habituels aux femmes qui ont eu de grandes pertes de sang; il avait des vertiges, des éblouissements, tombait en syncope au moindre mouvement.

On avait employé un grand nombre de moyens sans succès : j'incisai le prépuce, cautérisai le point qui donnait lieu à l'hémorrhagie et tout s'arrêta. Mais pendant ce temps, le chancre avait détruit les deux tiers du gland et perforé le canal au niveau du filet.

C'est surtout dans ce cas qu'il ne faut pas hésiter à débrider. Les hémostatiques de toute espèce ne méritent ici aucune confiance et le meilleur de tous est dans ce cas le bistouri.

J'ai vu 15 fois le chancre simple compliqué de gangrène aiguë; ce n'est alors qu'un degré de plus d'inflammation. La gangrène est une complication moins fâcheuse qu'on ne pourrait le croire; tous les cas que j'ai suivis se sont terminés favorablement et le danger ne vient que de l'étendue du chancre sur le gland. Les brèches faites par la gangrène au prépuce sont sans importance et celles qui ont lieu sur le fourreau, lorsqu'elles ne sont pas trop considérables, ne laissent pas de cicatrices trop difformes. Ce qui explique cette innocuité relative de la gangrène, c'est la rapidité avec laquelle marche l'ulcération au dehors.

Dans ces cas encore, il faut intervenir et débrider le prépuce; c'est le moyen le plus sûr d'empêcher l'ulcération d'étendre ses ravages sur le gland, organe qu'il faut avant tout ménager.

Chancre phagédénique. — Le phagédénisme *vrai*, sur la nature duquel je ne veux pas insister ici, diffère complétement des états précédents; il peut sans doute s'associer à l'inflammation ou même à la gangrène, mais il a cliniquement une allure spéciale, sa marche est chronique, ses progrès sont lents mais continus; il est sujet à des exacer-

bations et à des rémissions sans cause apparente; il ressemble en beaucoup de points au lupus.

Le phagédénisme se rencontre spécialement dans le chancre simple; on observe des formes ulcéreuses, térébrantes, à marche envahissante dans le chancre syphilitique et certaines lésions tertiaires; mais ce n'est pas là le phagédénisme vrai.

Il faut également distinguer les chancres phagédéniques des chancres enflammés, étendus; le phagédénisme n'est pas seulement une question de dimension. Ce point est important surtout pour apprécier les méthodes de traitement.

On a vanté contre le phagédénisme un grand nombre de moyens, les caustiques plus ou moins énergiques, le perchlorure de fer, le tartrate ferrico-potasique, le jus de citron, la compression avec des lames de plomb, les pansements au nitrate d'argent, l'acide phénique et ses composés, les teintures d'aloès, le collyre de Lanfranc, le chlorate de potasse, le camphre en poudre; tous ces remèdes ont, dit-on réussi, mais aucun ne mérite réellement la confiance.

La solution de nitrate d'argent est encore le meilleur topique.

Quant aux remèdes internes, je citerai parmi les derniers venus, le tartrate de fer et de potasse et le chlorate de potasse.

Mais ces deux remèdes sont trop infidèles pour qu'on puisse compter sur eux.

L'emploi du mercure, qui tout d'abord paraît irrationnel et qui a même été accusé, non sans raison peut-être, de produire le phagédénisme, m'a donné cependant de bons résultats.

Observation I. — *Chancre simple datant de 23 mois, guéri après 50 jours de traitement par le calomel à doses réfractées.*

X..., âgé de 35 ans, boulanger, d'une bonne constitution,

mais affaibli par la maladie et les douloureuses préoccupations de son état, entre à l'Antiquaille, au mois de mars 1865.

X... a contracté, il y a 23 mois, un chancre simple qui a siégé primitivement sur le sillon balano-prœputial; l'ulcère est resté pendant deux mois environ stationnaire; il s'est ensuite agrandi peu à peu, a détruit tout le prépuce et la totalité du gland. On n'aperçoit en avant qu'un tronçon de chair informe, dû au corps caverneux. L'ulcère a envahi successivement la peau de la partie inférieure de la verge et il a gagné la racine de l'organe en décrivant des lignes sinueuses. Une vaste ulcération existe à la racine de la verge et se prolonge en trois directions, la première s'étend vers le raphé testiculaire, la seconde pénétrant profondément, glisse sous le périnée en s'enfonçant vers l'ischion, à une profondeur qu'on ne peut atteindre; la troisième remonte vers le pli de l'aine à droite.

Les surfaces sont grisâtres, ternes, taillées à pic, anfractueuses en divers points, des fongosités de mauvaise nature s'élèvent en d'autres points; les bords sont durs, œdematiés; une sérosité ichoreuse, fétide, roussâtre, s'écoule en grande abondance.

Des douleurs vives, lancinantes, tourmentent le malade et le privent depuis longtemps de sommeil. X... a maigri beaucoup, il mange peu, a fréquemment la diarrhée.

Le malade n'a jamais eu aucun symptôme de syphilis; il attribue sa maladie à un excès de travail et à la crainte qu'il éprouvait au début de son mal, de voir connaître par sa femme la nature de son affection.

Au moment de son entrée à l'hôpital, l'affection simulait assez bien une lésion cancéreuse pour qu'on crût convenable de pratiquer une inoculation. Le pus inoculé à la cuisse droite donna naissance à un chancre parfaitement caractérisé qu'on détruisit par la pâte de canquoin

lorsqu'il eut atteint les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Bientôt une nouvelle preuve vint s'ajouter à la précédente. Trois semaines après son entrée, une poussée furonculeuse se fit sur les cuisses, les fesses, le tronc ; malgré toutes les précautions qui furent recommandées au malade pour éviter le contact du pus du chancre de la verge sur les surfaces ulcérées, toutes ces petites plaies devinrent chancreuses et nous pûmes compter 18 chancres sur différents points du corps. Trois de ces chancres d'incubation atteignaient les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Cette syphilisation ne produisit aucun bon résultat et ne fut pour le malade qu'une source nouvelle de douleurs et d'affaiblissement.

Lorsque le malade fut un peu remis de cette douloureuse épreuve, il fut soumis à un traitement local et général que j'indiquerai en quelques mots.

Les solutions légères et concentrées de nitrate d'argent, les pansements alcooliques avec l'alcool camphré, la teinture d'aloès, le collyre de Lanfranc, le chlorate de potasse, le tartrate de fer et de potasse, le jus de citron, le perchlorure de fer, etc., furent successivement employés comme pansement.

A l'intérieur, on prescrivit pendant six mois, le quinquina, le fer sous toutes les formes, le chlorate de potasse.

Aucun amendement ne se produisit; il semblait parfois que le mal allait s'arrêter dans sa marche, mais bientôt l'ulcération reprenait son cours habituel.

Le malade sortit sans aucune amélioration.

Quelques semaines après, le malade rentra à l'Antiquaille déclarant qu'il était décidé à tout pour guérir et qu'il préférait le suicide à un état qui lui rendait la vie impossible.

Ce fut à ce moment, au mois de décembre 1865, qu'il fut soumis à la médication par le calomel, à doses réfractées.

Le malade prit tous les jours 40 prises, à un quart d'heure de distance :

Calomel, 10 centigrammes.
Sucre de lait, 10 grammes.
Divisez en 40 prises.

Les deux premiers jours, aucun effet ; le troisième et le quatrième jour, diarrhée; le cinquième jour, les gencives deviennent rouges, douloureuses et la salivation commence.

Je ne décrirai pas jour par jour les symptômes observés. Le quinzième jour après la salivation, une amélioration s'est produite dans l'état du chancre, vers le gland; quelques îlots commencent à se cicatriser. On suspend dix jours le calomel et on prescrit le chlorate de potasse à l'intérieur et des gargarismes astringents. Le vingt-cinquième jour, un des points de l'ulcération du pubis se répare légèrement; on donne cinq centigrammes de calomel en dix prises.

Le trente-cinquième jour, le progrès de la cicatrisation est continu; les bords s'affaissent, les surfaces sécrètent moins, le pus n'a plus cette apparence fétide des premiers jours; la salivation recommence et les gencives s'ulcèrent.

On suspend pendant dix jours le calomel et on donne à l'intérieur de l'eau de Challes et chlorate de potasse ; gargarismes astringents, badigeonnages avec le miel rosat et l'acide chlorhydrique au 10e.

Le cinquantième jour du traitement, le chancre est complétement cicatrisé.

Comme traitement local, on a simplement continué le pansement avec le nitrate d'argent au 30e.

Observation II. — *Chancre simple ; trois cautérisations au fer rouge sans succès; guérison par la salivation.*

H..., âgé de 65 ans, est atteint, cinq jours après un coït

suspect, d'un chancre simple qui commença à la partie supérieure du sillon balano-prœputial et de la couronne du gland. Ce chancre, qui resta sans traitement pendant les premiers jours, s'agrandit rapidement, et, lorsque le malade consulta un médecin, au mois de novembre 1866, il avait déjà les dimensions d'une pièce de cinq francs et commençait à fuser en arrière au-dessous de la peau de la racine de la verge.

Malgré le traitement qui fut employé, et qui consista en bains locaux, pansements au vin aromatique et au nitrate d'argent, le mal continua ses progrès, et lorsque le malade vint me consulter, au mois d'avril 1867, son chancre avait une étendue considérable.

Je crus pouvoir obtenir la cicatrisation par des pansements avec l'azotate d'argent au 20e; mais l'ulcère ne céda nullement.

Le malade souffrait d'ailleurs de douleurs très-vives et ne pouvait dormir. Il entra à l'Antiquaille, et je pratiquai une première cautérisation au fer rouge, après avoir largement débridé les culs de sac qui existaient sous la peau de la verge et qui allaient près de la racine du pubis.

Le premier effet de la cautérisation fut une sédation presque immédiate, et les douleurs cessèrent presque complétement. Nous crûmes le malade guéri; mais après la chute de l'escarre, la plaie prit, le vingtième jour, un aspect grisâtre, pultacé, et le phagédénisme recommença. Le malade demanda une nouvelle cautérisation qu'on pratiqua deux fois avec le plus grand soin, mais sans plus de succès.

Le malade sort de l'hôpital et se traite par différents remèdes qu'il n'a pu me désigner. Il revient me trouver au mois de juillet 1867 dans l'état suivant :

Le gland est tombé avec la moitié de la verge; une vaste ulcération existe tout le long de la partie inférieure du reste de l'organe; une dureté ligneuse occupe la partie

supérieure ; on sent en arrière une tumeur dure, du volume d'une amande, vers le périnée. Le malade est en proie à une tristesse profonde ; il ne peut uriner qu'au prix de grandes difficultés, et les douleurs sont continues, atroces, selon son expression.

Ce fut à ce moment qu'il fut mis à l'emploi du calomel :

Calomel, 10 centigrammes.
Sucre de lait, 5 grammes.
Pour 10 prises, une toutes les heures.

Il prit pendant quinze jours cette dose. La salivation survint le sixième jour. Le remède fut suspendu cinq jours et repris quinze jours encore. Nouveau repos de dix jours et troisième reprise du calomel pendant douze jours. Les mêmes précautions indiquées dans l'observation première furent prises pour éviter un dégât trop grand des gencives.

Enfin, le cinquante-huitième jour, le chancre était cicatrisé.

Pendant ce temps, on avait fait des pansements au laudanum et à la teinture d'aloès, suivant la formule suivante :

Laudanum, 10 grammes.
Teinture d'aloès, 10 grammes.
Eau de rose, 10 grammes.

Observation III. — *Chancre phagédénique du gland et du corps caverneux. — Traitement par l'iodure de potassium.*

D..., âgé de 28 ans, prend un chancre simple au mois de novembre 1868. Ce chancre, situé sur la rainure balano-prœputiale, s'inocula en deux points, et les trois ulcérations réunies formèrent une plaie de la grandeur d'un centime environ.

Phimosis congénital peu marqué et permettant un pan-

sement régulier. Après s'être un peu agrandi, le chancre marchait très-lentement à sa guérison, lorsqu'au mois de février il prit un aspect blafard phagédénique et prit une extension rapide.

Le malade n'a fait cependant aucun excès alcoolique ou autre; il a seulement été obligé de faire d'assez longs voyages.

Le perchlorure de fer pur, employé comme caustique, amena la guérison des trois quarts du chancre, et le malade quitta Marseille, se croyant guéri. Mais bientôt le mal prit une nouvelle extension, et, au mois d'avril, il avait envahi tout le gland. On prescrivit à ce moment des topiques de toute nature pour pansement, et l'opium à haute dose fut administré à l'intérieur. Ce traitement ne fut suivi d'aucune amélioration; le mal gagnait toujours.

Je vis le malade le 16 juillet 1869. A ce moment il présentait les signes suivants: aucune trace d'inflammation extérieure; peau de prépuce flottante et formant un bourrelet de trois centimètres complétement vide.

Par l'orifice du prépuce il sort une sérosité roussâtre qui coule avec tant d'abondance que le malade est continuellement mouillé et ne peut préserver ses vêtements. En écartant les bords du prépuce on aperçoit, au fond de ce puits, le gland réduit au volume d'une noisette, d'une couleur livide, violacée, et, au toucher, on constate un abaissement assez notable de la température.

Une tuméfaction diffuse existe le long de la verge à la partie supérieure et à la partie inférieure; on sent en outre, en arrière des bourses, sur la partie médiane, une tumeur dure, profonde de la grosseur d'une amande.

Je prescris au malade, qui ne peut rester à Lyon, un traitement ferrugineux, du vin de quina, un pansement avec une solution de nitrate d'argent au 20e, et des lotions et des bains locaux avec de l'acide phénique et l'eau de goudron.

Vingt jours après, le malade revient dans un état moins satisfaisant encore ; la couleur du gland est livide, et tout fait présager sa destruction prochaine. A la tumeur unique du périnée sont venues se joindre deux nouvelles nodosités situées le long du canal à la partie inférieure ; l'une à deux centimètres du gland, l'autre au niveau de la racine de la verge. Ces deux tumeurs ont le volume d'un haricot.

Le malade est profondément découragé ; ses forces diminuent. Depuis plusieurs semaines il ne peut dormir à cause des souffrances qu'il éprouve et de la gêne qu'il ressent dans la miction.

Traitement. — Je pratique la circoncision pour mettre les surfaces à nu et permettre ainsi un pansement méthodique. Le gland a disparu et on ne voit plus qu'un petit mamelon qui fait une saillie légère ; l'ulcération pèse en arrière et en bas le long du canal de l'urètre, les tissus sont décollés avec soin. Pansement avec solution d'azotate d'argent au 30e ; bains locaux avec solution d'acide phénique au 1/300 ; bains. Liqueur ferrico-potassique à l'intérieur, vin de quina.

Trente jours après, le chancre est dans le même état. Je prescris l'iodure de potassium à la dose de 4, 6, 8 grammes ; mais le malade, qui est reparti chez lui, commence par la dose maximum de 8 grammes et continue pendant 16 jours. Au bout de ce temps, le chancre est presque complétement cicatrisé ; il continue pendant 15 jours à la dose de 4 grammes, et lorsqu'il vient me voir au bout d'un mois la cicatrisation est complète et les tumeurs qu'on sentait le long du canal et au périnée ont complétement disparu.

Sous l'influence du traitement le malade a été iodisé ; coryza, angine, salivation, larmoiement, céphalalgie assez vive avec un peu de diarrhée dans les derniers jours.

J'ai eu des nouvelles de ce malade, il y quelques jours ;

il était complétement guéri et n'a d'ailleurs présenté aucun symptôme de syphilis constitutionnelle.

Depuis quelque temps, j'emploie contre le phagédénisme l'iodure de potassium, et dans trois cas j'en ai obtenu de très bons-résultats.

Observation IV. — *Chancre phagédénique du gland, perforation de l'urètre, guérison par l'iodure de potassium.*

X..., âgé de 24 ans, d'une bonne constitution, entre à l'Antiquaille au mois d'août 1869, avec un chancre phagédénique datant de six mois.

L'ulcère a commencé par la rainure, a rongé dans sa marche tout le prépuce et n'a respecté qu'une infime partie du gland qu'il a détruit dans les huit dixièmes de sa hauteur, de sorte que l'organe est représenté par un tronçon allongé qui se détache au-dessus du corps de la verge.

Le malade a été soigné par plusieurs médecins, et l'un d'eux pour arrêter la marche du mal a pratiqué une cautérisation profonde avec la pâte de canquoin. A la chute de l'escarre, le malade aperçut une large ouverture communiquant avec le canal; il s'était fait une perforation complète de l'urètre et un hypospadîas.

Les surfaces étaient pultacées, les bords de l'orifice nouveau étaient gris-blanchâtre. Sur divers points, existe une rougeur vive qui donne au chancre un aspect multicolore.

Pas de ganglions engorgés; aucun signe de syphilis constitutionnelle.

Le malade est pansé avec des solutions d'azotate d'argent, d'acide phénique, la teinture d'aloès, la poudre de camphre, le chloroforme; il a été cautérisé également avec le fer rouge.

Tous ces moyens ont échoué. La plaie semblait d'abord à chaque nouveau remède prendre un meilleur aspect et, quelques jours après, elle revenait à son état primitif.

La cautérisation fut également impuissante ; on avait bien pu cautériser toute la surface du chancre qui était parfaitement étalé, mais on n'avait pu, de crainte de trop compromettre le canal, pénétrer bien avant dans l'urètre.

Le chancre d'ailleurs, n'avait pas de tendances bien grandes à envahir la surface; il gagnait lentement, mais progressivement en profondeur.

Le malade fut mis le 15 septembre à l'iodure de potassium, à la dose de 4, 6, 8, 10 et 12 grammes.

La dose de 4 grammes fut continuée pendant quelques jours seulement et portée rapidement à 10 grammes.

Les symptômes d'iodisme furent très-supportables; à part une éruption assez confluente d'acné qui fut accompagnée de démangeaisons assez vives.

Sous l'influence du traitement, les symptômes s'amendèrent rapidement; et à plusieurs reprises, lorsque nous voulions abaisser la dose pour la porter à 4 grammes, le travail de réparation s'arrêtait et le malade redemandait la dose primitive. Vers les premiers jours de décembre, le malade était complétement guéri; il est resté encore un mois dans le service pour surveiller l'absence de récidive, et il est parti au mois de janvier complétement guéri.

BIBLIOGRAPHIE.

De la pseudo-syphilis sur les prostituées, envisagée au point de vue de l'hygiène publique, étude à l'usage des dispensaires de salubrité, par M. Venot, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Jean de Bordeaux ; 3me édition, in-8o de 39 pages, 1869.

« Ne pas prendre une lésion pour vénérienne par cela seul qu'elle siége sur l'appareil génital », telle est la première pensée qui doive guider le spécialiste; et ce principe devient pour lui une règle impérieuse lorsqu'il a indirectement *charge de vie,* c'est-à-dire lorsqu'il est préposé au traitement des prostituées. Si, en effet, il méconnaît cette loi, qu'arrivera-t-il? Forcément que, prenant pour contagieuses des lésions non virulentes, il refusera l'*exeat* aux porteurs de ces lésions tant qu'elles ne seront pas guéries. Or, comme elles sont de leur nature très-rebelles à l'art, justement parce qu'elles ne sont pas vénériennes, voilà l'hôpital encombré, détourné de sa véritable destination et demeurant fermé à la classe de malades pour laquelle il est si utile qu'il y ait toujours des places libres.

Pénétré de ces considérations, fort des leçons de 28 années d'expériences consciencieuses, notre savant collègue Venot, à Bordeaux, est parvenu sans réclames aux honneurs d'une troisième édition, en appelant l'attention des praticiens sur l'existence, assez fréquente chez les prostituées, de ce qu'il nomme la *pseudo-syphilis.*

L'espèce morbide ainsi baptisée consiste en ulcérations vastes, sinueuses, frangées, véritables esthiomènes ; caroncules myrtiformes dilacérées ou grossies outre mesure; découpures en gouttières de la fourchette ; antiques clapiers de la vulve; abcès rebelles à toutes les combinaisons de l'art; fistules recto-vaginales ; à l'anus, déchirures du sphincter,

fissures réfractaires aux procédés opératoires, hémorrhoïdes irritées, suppurantes, pouvant dégénérer.

En praticien de la bonne école — l'école de Ricord — M. Venot, s'il déclare ces altérations non vénériennes, ne rend pas ce jugement sans l'avoir longuement pesé. Pendant de nombreuses années, il le déclare, il mit sous le séquestre ces débris plus ou moins hideux des phalanges vénériennes, leur fit subir un traitement spécifique prolongé et varié. Et ce n'est qu'après avoir reconnu l'inutilité de la médication probatoire sur ces types pathologiques, que, plus tard, quand il rencontra des cas analogues, il fut par là autorisé à les déclarer non vénériens, non contagieux, et qu'il put, à l'égard de leurs malheureuses victimes, faire son devoir, c'est-à-dire les renvoyer d'un hôpital qui est exclusivement consacré à la cure des maladies réellement vénériennes.

Ajoutons que M. Venot n'étend pas la même indulgence aux écoulements vaginaux. Quelles qu'en soient l'origine et l'apparence, ils peuvent être transmissibles par le contact, et commandent la plus grande réserve au praticien qui est appelé à se prononcer sur leurs propriétés contaminatrices.

Dès la première lecture de cet opuscule, dont la première édition date de 1859, nous avions ressenti la plus vive satisfaction de voir signalés, sous le couvert d'une autorité pratique aussi incontestable que celle du savant spécialiste de Bordeaux, des faits médicalement et socialement aussi dignes d'être mis en lumière. Mais nous ignorions encore, à cette époque, à quel point nos félicitations étaient méritées. Nous savons maintenant, nous avons pu mesurer, à l'impétuosité des attaques qu'elle lui a values, la courageuse persévérance qu'il a dû mettre à soutenir, à faire prévaloir ses doctrines en matière de police sanitaire spéciale.

Ces dissidences, il faut le reconnaître, étaient à prévoir;

elles résultaient presque forcément de la nature des mesures édictées, à cette époque, à Bordeaux. En 1859, en effet, un arrêté préfectoral chargea les médecins visiteurs de soumettre à un examen *toutes les filles sortant de l'hôpital Saint-Jean!*.. Or, sur qui se pratiquait cette visite? Précisément sur les femmes tout récemment sorties des salles ; femmes, notons-le, que le certificat obligatoire du médecin de l'hôpital Saint-Jean venait de déclarer saines. Naturellement donc, dans certains cas, un conflit devait s'en suivre. Tôt ou tard, il fallait s'y attendre, le médecin visiteur verrait et certifierait une maladie là où le chef de service aurait, la veille, le jour même, constaté la santé. La dissidence était surtout à craindre, ainsi que le remarque M. Venot, alors que, pour procéder à l'expertise, il y aurait, « d'une part, sa vieille habitude de vingt-huit années d'examen journalier, et d'autre part l'officielle inexpérience d'un premier début! »

Le conflit eut donc lieu ; et, dans l'intérêt de la science, il ne faut pas le regretter, puisqu'il nous a valu l'instructive monographie sur LA PSEUDO-SYPHILIS DES PROSTITUÉES. Mais tout le fruit à en attendre n'est pas uniquement dans cette intéressante publication. Une question s'y rattache, et elle demeure entière : comment constater la santé des prostituées sortant de l'hôpital?

Disons d'abord que la manière dont on avait voulu la résoudre à Bordeaux était aussi irrationnelle qu'anti-confraternelle. Faire contrôler le jugement d'un médecin par un autre médecin, c'est assurément tout ce qu'on peut, en fait de garantie, imaginer de plus illusoire, car le diplôme, les entourant tous d'eux d'une présomption de savoir égal (1), entre eux, qui prononcera?

(1) S'il fallait opter entre l'autorité du médecin d'hôpital et celle du médecin visiteur, notre préférence serait naturellement pour le

Qui?... Ce que l'arrêté préfectoral de Bordeaux avait laissé inachevé, une autre autorité scientifique l'a voulu faire. Dans un article qu'il consacre à l'œuvre de M. Venot (V. *Gazette hebdomadaire*, 12 novembre 1869), M. Jeannel formule, dans les termes suivants, la proposition de l'arbitrage, auquel il lui semble utile de soumettre de pareils conflits :

« Dans chaque département, le médecin des épidémies devrait être chargé de la haute surveillance des dispensaires spéciaux et des hôpitaux de vénériens. Il serait l'arbitre des conflits médicaux, l'intermédiaire officiel de l'administration et le chef direct des médecins des dispensaires et des hôpitaux de vénériens. »

Cette proposition, à coup sûr, mérite examen; et, d'ailleurs, il n'entre pas dans mes habitudes, à moi, d'exécuter l'idée d'un confrère par un dédaigneux : « Cette œuvre a son bon côté ; elle fait voir jusqu'où peut aller l'audace des divagations » (Jeannel, article précité), ou toute autre formule de même poids. Non; je prends pour sérieuse la proposition de M. Jeannel, et je veux examiner comment elle serait applicable.

Dans mon département, ainsi que le dit l'auteur de la proposition, entre quels hommes, en cas de conflit, aurait pu avoir à prononcer l'arbitre ? Entre M. Garin et M. Rollet, spécialistes tellement connus, qu'ajouter ici une épithète à leur nom serait un soin plus qu'inutile, presque injurieux.

Eh bien ! ces spécialistes éminents, — si éminents que,

premier : seul, il peut examiner à fond le sujet ; le soumettre *ex abrupto* à une inspection avant qu'il ait fait sa toilette; essayer méthodiquement, sur la lésion douteuse, l'effet de médications diverses, s'enquérir de ses *relations* et de leur résultat ; pratiquer, en cas de doute, des inoculations, etc., etc.

dans l'article susmentionné, M. Jeannel les prend pour arbitres entrc M. Venot et lui, — ces deux spécialistes sont, je le suppose, en dissidence sur un point, sur la contagiosité d'une lésion déterminée. Qui nommez-vous pour donner raison à l'un, tort à l'autre? Notre médecin des épidémies, M. le doeteur Édouard Bouchet. Ancien doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu, membre de la Société impériale de médecine, sans doutc il porte dignement un nom célèbre; c'est un savant tout à fait à la hauteur de ses difficiles fonctions, plein de tact, de jugement et de saine littérature. Mais c'est justement à cause de ces excellentes qualités que, au premier appel adressé à sa prétendue compétence spéciale, il répondra, à l'instar de ses quatre-vingt huit autres eollègues de France :

Non nostrum inter vos tantas componere lites.

Ma solution, à moi, est beaucoup plus simple, et la voilà en deux lignes :

Que les *filles* sorties de l'hôpital ne soient visitées qu'à leur tour de rang, aux époques ordinaires, et surtout sans que rien indique au médecin du dispensaire, qui va procéder à leur visite, qu'elles sont récemment sorties de l'hôpital.

P. DIDAY.

REVUE DES JOURNAUX

Prostitution au Japon.

D'un très-intéressant rapport publié par le docteur Newton, il résulte que le gouvernement japonais a fondé un hôpital à Yokohama, avec visites régulières et séjour obligatoire pour les filles publiques malades. La prostitution est une occupation reconnue dans ce pays, quoique, ajoute le rapport, « on ne la considère pas comme un travail honorable. »

Au Japon, les prostituées sont forcées de résider dans des maisons de tolérance, situées dans un quartier séparé de la ville de Yokohama, appelé Voshiwarra, entouré par un fossé large et profond, et auquel on peut parvenir seulement par des portes gardées par la police. Les prostituées sont pour la plupart des jeunes filles appartenant à la classe laborieuse, qu'on achète, à l'âge de six à dix ans, aux parents qui se trouvent dans la misère. Quelques-unes, et ce sont les plus recherchées, appartiennent aux classes plus riches de la société, et exigent des prix élevés. Au Japon on voit quelquefois des femmes ou des filles, dans le but de payer les dettes de leurs maris ou de leurs pères, se vendre elles-mêmes à une maison de tolérance pour un laps de temps déterminé.

Le rapport décrit le mode de procéder des *négociants* de jeunes filles, qui, avec les surveillants des maisons de tolérance, sont souvent des hommes ayant une position importante ; les personnes qui viennent augmenter l'attrait de ces établissements, telles que les coiffeurs, les danseuses, habitent dans des maisons séparées et sont tenues d'observer la plus grande chasteté. D'excellentes photographies

coloriées représentent les prostituées dans leur costume de jour.

Cet hôpital, dont l'installation remonte au mois d'août 1868, est placé sous la haute direction du docteur Newton jusqu'au moment où des médecins du pays seront suffisamment au courant du mode européen de traiter les maladies contagieuses. Au début, tout à fait, la visite obligatoire et la séquestration étaient éludées, non par les malheureuses créatures qui appréciaient rapidement le bienfait qu'elles en recevaient, mais par les propriétaires des maisons de tolérance qui ne voyaient dans la perte des services des femmes qu'une diminution dans leurs profits; cette réglementation fonctionne parfaitement aujourd'hui. En commençant, 32.8 0/0 des femmes examinées étaient reconnues atteintes de syphilis constitutionnelle, et en général des formes graves de la maladie, ulcères phagédéniques, éruptions pustuleuses, etc. Le traitement suivi est le même que celui adopté ordinairement en Europe : le mercure à faible dose pour la syphilis et des lotions astringentes pour les ulcérations locales. L'iodure de potassium a paru avoir très-peu d'action, même à doses élevées; le fer, l'huile de foie de morue et la quinine sont très-employés pour tonifier la constitution débilitée de la plupart des malades. (*British medical journal.* 1869, n° 440.)

Folliculite vulvaire avec formation consécutive de concrétions calcaires. — Note clinique, par le docteur AMICARE RICORDI.

Ce cas est intéressant au point de vue clinique, car il sert à compléter le tableau des affections de l'appareil sécréteur des parties génitales de la femme. Il ne me pa-

raît pas avoir été décrit jusqu'ici. Huguier n'en parle pas du moins dans son excellente monographie sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme, ni Guérin dans son important travail sur les affections des organes génitaux de la femme ; et cela parce que la maladie dont je parle est probablement assez rare, bien que les conditions dans lesquelles elle se produit soient assez fréquentes et qui sont la folliculite bien connue de la vulve.

Il s'agit d'une jeune fille de huit ans, de constitution légèrement scrofuleuse, qui était sujette depuis deux ans à des pertes blanches purulentes, accompagnées de vives démangeaisons et cuissons de la vulve. Différents traitements avaient amélioré son état, mais les symptômes ayant plusieurs fois récidivé, les parents crurent opportun de la conduire à l'institut de Milan.

Mon premier soin fut naturellement d'examiner la vulve. Il s'en écoulait une petite quantité de matière puriforme; les grandes lèvres étaient un peu tuméfiées ; la muqueuse qui tapissait le vestibule et la partie interne des petites lèvres était très-rouge et comme marquetée et incrustée çà et là d'une matière jaune de la consistance de la craie et enchâssée en grande partie dans l'épaisseur de la muqueuse. Cette matière était réunie en quelques points en amas irréguliers, et dans d'autres points, avait la forme et la grosseur d'un grain de millet. Les aspérités se sentaient parfaitement avec l'extrémité du doigt.

Rien d'anormal dans le reste des parties génitales.

Je pensai qu'il était indiqué d'entreprendre immédiatement la cure de cette affection en enlevant ces concrétions. J'y réussis facilement en quelques séances en les détachant avec l'ongle ou avec la partie plate d'une sonde cannelée. Quelques astringents et des bains froids complétèrent le traitement.

Ceci se passait les premiers jours de l'année dernière et aujourd'hui je sais que la jeune fille ne se ressent plus des accidents qu'elle a éprouvés pendant deux ans.

L'examen microscopique fit reconnaître des éléments adipeux en petite quantité, démontrés encore par l'analyse avec l'éther sulfurique et la formation de cristaux en aiguilles isolées ou étoilées (sulfate de chaux), avec dégagement de gaz si la matière terreuse était traitée par l'acide sulfurique.

Je crois donc qu'il s'agissait d'une folliculite vulvaire passée à la suppuration, avec obturation du conduit excréteur, puisque le contenu purulent s'était transformé en graisse et avait enfin subi une dernière transformation calcaire. (*Giornale italiano delle malattie veneree et delle malattie della pelle.*)

Maladies transmissibles des animaux à l'homme, par M. Picot.

Nous extrayons de la thèse de ce dernier sur les zoonoses les lignes suivantes :

Sous les noms de fièvre aphtheuse, fièvre aphtunculaire, phlycténée, glossopode, stomatite épizootique, cocotte, etc., on trouve décrite, dans les traités de médecine vétérinaire, une affection fébrile spéciale, s'accompagnant d'éruptions phlycténoïdes dans la bouche, sur la langue et dans un certain nombre d'autres parties du corps. Cette maladie, qui est contagieuse chez les animaux de même espèce, et qui peut également passer à des sujets d'espèces différentes, est presque toujours épizootique, et on la voit se transmettre à l'homme par contagion, soit directe, contact, soit indirecte, ayant pour substratum certains liqui-

des sécrétés par les animaux malades, et notamment le lait.

C'est, nous l'avons vu, par le contact, d'une part, que se transmet à l'homme l'affection aphtheuse. Des cas cités par Lafosse et dus à M. Demesmey et à M. Levigney établissent que les personnes chargées de traire les animaux atteints ont gagné la maladie. D'autre part, des inoculations pratiquées par Rayer, Bousquet et Londe ont reproduit l'affection chez des enfants. Ces inoculations avaient été faites avec le liquide provenant des phlyctènes. Enfin, Hertwig, Marain, Villain et Sagar ont contracté la maladie après avoir bu du lait provenant de vaches malades. Il semblerait donc, d'après ces faits, que le contage se trouve dans le sang lui-même, et qu'il passe de là dans les sécrétions (*Gaz. méd. de Strasbourg*).

Note sur la dose d'iodure de potassium dans la syphilis,
par le docteur W. Tyrrel.

Il est nécessaire, dit cet auteur, d'avoir recours dans la syphilis ancienne à des doses élevées d'iodure de potassium. En Amérique, où ce remède est considéré presqu ecomme un spécifique de la syphilis on est habitué à l'admisnistrer à doses beaucoup plus fortes qu'on ne pourrait le croire, et souvent avec le plus grand avantage. J'ai récemment observé deux cas dans lesquels je l'ai employé à doses élevées avec les meilleurs résultats, le continuant ensuite à faible dose pendant un certain temps. Dans le premier cas, la syphilis remontait à deux ans et était caractérisée par une éruption abondante et des ulcérations au gosier et sur les jambes. Le malade était en traitement depuis le début de l'affection et à l'époque où je le vis il prenait 0.15 centi-

grammes d'iodure de potassium trois fois par jour. Je lui en donnai immédiatement 1 gramme 75 par jour, à prendre en trois fois; l'amélioration fut très-prononcée et rapide, le remède fut continué pendant environ six semaines; depuis lors, son état n'a pas cessé d'être très-satisfaisant. Chez le second malade la syphilis datait de sept ans; et, lorsque j'eus occasion de le voir, le mois d'août dernier, je constatais une nécrose étendue des os du nez et du vomer, une ulcération traversant le voile du palais et une prostration complète des forces, le malade étant anémié et très-amaigri. Il avait fait usage pendant plusieurs mois d'iodure de potassium à petite dose, ainsi que des préparations mercurielles administrées soit à l'intérieur, soit en bains, de toniques, etc. Dans ce cas je commençai par un demi drachme (0.90 cent.) d'iodure en le portant à un drachme et demi (2 gr. 65 cent.) trois fois chaque jour, dans l'espace d'un mois. Sous l'influence de ce traitement, en moins de deux mois, son poids s'accrut de près de vingt-huit livres, sa santé générale s'améliora à ce point qu'il était à même de pouvoir se livrer à l'exercice du cheval; les esquilles nécrosées se détachèrent, et les ulcérations se cicatrisèrent complétement. Au mois de décembre il put retourner à ses occupations, bien que continuant encore l'iodure de potassium. (British médical journal 1869, n° 437.)

—

Dans le dernier volume des *Transactions de la Société pathologique de Londres*, le docteur Hilton Fagge a publié deux observations de vitiligoidea compliquée de jaunisse chronique et d'hypertrophie du foie, qui nous ont paru dignes d'intérêt et pourront contribuer à appeler l'attention des dermatologistes sur une affection cutanée encore peu connue.

Voici ces deux observations : 1° J.-B., âgé de 33 ans est entré à l'hôpital de Guy en février 1868. Il a été militaire,

mais n'a jamais servi à l'étranger. Il a eu la syphilis il y a onze ans. Il a vomi du sang pour la première fois il y a cinq ans ; depuis cette époque il a été malade à plusieurs reprises et parfois a eu des vomissements abondants de sang. Il y a deux ans environ qu'il a été atteint de jaunisse, elle a persisté plus ou moins jusqu'à présent. Les selles ont conservé leur coloration naturelle, parfois même leur teinte est plus foncée qu'à l'état normal. Vers la fin de l'été dernier, quand la jaunisse a augmenté, des plaques couleur de crème (*cream coloured*) ont commencé à se manifester autour des yeux.

Etat au moment de son admission à l'hôpital. — Il a les cheveux foncés, la figure et le corps sont d'une couleur jaune très-prononcée, la peau a une teinte jaune rougeâtre, comme on l'observe dans bon nombre de cas de jaunisse chronique, elle n'est nullement verdâtre. Pas de démangeaisons. Autour de chaque œil existent des plaques de « *vitiligoidea plana.* » Celles qui entourent l'œil gauche sont les plus accusées, et parfaitement bien limitées. La plus grande est juste au-dessus de la paupière supérieure située entre elle et le sourcil. Très-près de celle-là, on en voit une autre petite sur la paupière supérieure, une troisième sur la paupière inférieure et une quatrième sur la paupière supérieure près du canthus externe. Toutes ces plaques présentent une symétrie parfaite, seulement celles placées autour de l'œil droit sont moins prononcées. Les plaques ont toutes des caractères semblables, leur coloration est celle d'une crème jaunâtre, infiniment plus pâle que la peau environnante. Leur rebord est en général bien limité et elles paraissent être élevées au dessus du niveau de la surface cutanée ; mais on ne sent rien d'appréciable au toucher. On ne rencontre aucune trace de vitiligoidea sur un point quelconque du tégument.

La partie postérieure du voile du palais est d'une teinte

jaunâtre, mais il est impossible d'y reconnaître des traces de cette affection. Les gencives et la surface interne des lèvres sont également envahies par la jaunisse.

L'haleine a une odeur douce « *hépatique* ». Le foie est très-hypertrophié. Le lobe droit paraît descendre au-dessous de l'ombilic, le lobe gauche s'étend dans la région épigastrique entre le cartilage ensiforme et l'ombilic. Le foie est très-sensible à la palpation; il est difficile de sentir distinctement ses bords. Par la percussion on constate qu'il descend jusqu'au niveau de la cinquième côte.

Pesanteur spécifique de l'urine 1025. On y retrouve la matière colorante de la bile.

On prescrivit : Podophylle 0.05 cent., extr. de jusquiame 0,15 cent.; et iodure de potassium 0,15 cent. dans mixt. de gentiane composée 30 gr., trois fois par jour.

Le 29, selles copieuses. Amélioration. Son état a continué de progresser, la jaunisse diminuant notablement. Le 17 mars il est tout à fait bien, l'appétit est bon.

Il quitte l'hôpital le 19, sa santé s'est modifiée d'une manière notable; mais le foie est encore volumineux et les plaques des paupières sont toujours dans le même état où elles se trouvaient au moment de son admission.

Le docteur H. Fagge revit ce malade le 11 juin. Il dit qu'il était loin d'être complétement rétabli. Il était encore jaune (comme lorsqu'il se trouvait à l'hôpital), sa figure offrait l'aspect d'un homme qui a été dans les régions tropicales, bien plus que celui d'un individu atteint d'une affection hépatique. Les plaques de vitiligoidea sont toujours les mêmes, excepté que celles de l'œil droit ont légèrement augmenté de volume. Il n'en est pas survenu de nouvelles, Le foie présente à peu près la même grosseur, le rebord se sent plus facilement et sa surface paraît un peu plus inégale au toucher.

Obs. II. — L'observation de ce second malade L.-L. a

déjà été publiée dans les *Guy's Hospital Reports* (séries III; vol. XII, page 266); la voici résumée :

Il s'agit d'une femme accouchée de son onzième enfant, et qui, six semaines après, a été atteinte de jaunisse. Cette affection s'est compliquée de picotements et de démangeaisons à la peau, notamment aux mains et aux pieds. Cet état a persisté environ dix mois, disparaissant deux mois avant ses dernières couches. Quinze jours auparavant, un de ses fils mourut presque subitement et le saisissement l'a tellement bouleversée que la jaunisse a augmenté; depuis lors elle a toujours persisté. Peu de temps après cette rechute elle a de nouveau souffert de picotements et de prurit de la peau, qui était également douloureuse au toucher. Ainsi, elle éprouvait des difficultés à s'asseoir par suite de la sensibilité de la région fessière, et le contact d'un corps dur dans les mains était égalment douloureux. Vers cette époque de petites élevures commencèrent à apparaître sur la face dorsale des doigts; d'autres semblables sont survenues sur d'autres régions ; des taches *couleur de crème* se sont aussi manifestées sur les mains autour des yeux et sur d'autres points. Celles des yeux ont paru pour la première fois deux mois avant son entrée à l'hospice. Les élevures et les taches n'ont pas subi de changement, sauf qu'elles ont augmenté de grosseur. La peau offre en général une coloration jaune verdâtre ; une tuméfaction considérable, due évidemment à l'hypertrophie du foie, existe à la partie supérieure de l'abdomen du côté droit. Sensibilité au toucher ; la matité s'étend jusqu'à trois pouces au-dessous des côtes. La surface hypertrophiée est parfaitement unie.

Les plaques qu'on observe sur la peau ont l'air d'être formées d'une substance opaque insinuée dans son tissu. L'altération a évidemment son siége dans le derme, l'épiderme est selon toute apparence complètement sain. Une large bande de peau ainsi affectée entoure chaque œil,

donnant au visage un aspcet tout particulier. On peut également voir ce dépôt irrégulièrement disposé sur les côtés de la figure et du cou. Il est très-visible et forme de grandes plaques sur le dos des mains. Il constitue des taches sur la paume des mains, la face palmaire des doigts et les talons. Enfin il est disséminé çà et là sur tout le corps. Partout où il existe, la surface cutanée est très-légèrement élevée, du moins on peut le constater sur les plaques qui sont situées autour des yeux, mais la peau conserve au toucher sa souplesse et sa douceur normales. A l'extrémité des doigts le vitiligoidea se montre sous forme de petites plaques discrètes, ce qui leur donne un aspect analogue à celui de la noix muscade. En passant le doigt avec soin sur cette surface on perçoit de très-légères nodosités.

Les tubercules ont un volume variable, les plus gros atteignent à peine les dimensions d'une févrole. Ils surviennent sur la face dorsale des doigts, et notamment au niveau des articulations; sur les oreilles, les épaules, les coudes et la face externe des bras; sur les genoux et les malléoles. Les uns sont de simples élevures tuberculeuses, d'une coloration blanchâtre; d'autres, les plus volumineux, sont irréguliers et composés de nodules agglomérés. Sur les oreilles, on distingue de petits vaisseaux qui serpentent au-dessus d'eux. Au niveau des articulations ils ont l'apparence de concrétions goutteuses. En rapport avec les tendons extenseurs sur les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du doigt du milieu de la main droite, et du doigt du milieu de la main gauche, il existe des masses tuberculeuses solides qui suivent les mouvements du tendon situé au-dessus de la peau qui, elle, est parfaitement saine.

En janvier 1868, le docteur Fagge est allé voir cette malade chez elle. Son état s'était aggravé depuis qu'elle avait quitté l'hôpital; l'hypertrophie hépatique avait beau-

coup augmenté et donnait lieu à de vives souffrances. Elle était obligée de s'aliter fréquemment par suite de douleurs aigües dans la région abdominale et dans le côté. Le prurit cutané était intense, aussi s'égratignait-elle souvent jusqu'au sang. Les plaques et les nodules avaient augmenté de volume, la jaunisse était d'une teinte plus foncée. Elle avait récemment pris de la salsepareille, et à la suite les démangeaisons avaient diminué.

Le 4 février elle s'est présentée à la consultation externe de l'hôpital. J'ai prescrit acide nitro-hydrochlorique dil. 0,10 cent., extr. de taraxacum 1 gr. 25 c., décoct. de salsep. 30 gram. trois fois par jour.

Le 18 février, elle a dit que quelques-unes des plaques *couleur de crême* ont disparu; que les selles étaient plus foncées et son urine plus claire; et que la jaunisse avait diminué. Les nodules des mains et des coudes sont moins sensibles; de sorte qu'il lui était possible de reposer ses coudes sur une table ou sur une chaise et se servir de ses mains.

En comparant les notes qui furent prises à cette époque avec celles qu'on avait recueillies dix-huit mois auparavant, il était évident que l'affection cutanée avait subi une aggravation notable. Les nodules des oreilles étaient plus nombreux et plus gros. Les plaques *couleur de crème*, situées autour des yeux, s'étendaient maintenant d'un pouce et demi au-dessous du bord de la paupière inférieure. La paupière supérieure n'était pas complétement envahie, mais seulement vers le bord et sur un point circonscrit près du sourcil. Les régions parotidiennes présentaient des plaques étendues de la vitiligoidea.

Les tubercules au-dessus de l'olécrane avaient beaucoup augmenté de volume. Ceux situés sur d'autres parties du corps étaient aussi plus volumineux et plus nombreux. Il y en avait plusieurs disséminés près de l'ombilic, et d'au-

tres autour de la partie inférieure de la poitrine du côté droit. D'autres existaient sur chaque genou ; et huit nodules et même plus étaient sur chaque tibia, à sa face interne, au-dessus de la tubérosité et manifestement en connexion avec l'os ou le périoste.

Le foie occupait actuellement la plus grande partie de la cavité abdominale. Il s'étendait jusqu'à environ deux pouces au-dessous de l'ombilic.

Le 25 février on remarque pour la première fois que la muqueuse buccale est affectée. Décoloration jaune de la voûte palatine ; cette teinte, dit-elle, a même été plus prononcée qu'aujourd'hui. Il existe aussi des nodules dans les fosses nasales. Le 31 mars on lit sur la feuille d'observation : « Le foie ne descend plus au-dessous de l'ombilic. Les nodules de la poitrine et de l'abdomen ont diminué ; ceux des mains et des pieds sont plus petits, moins durs et moins douloureux qu'auparavant. »

8 juin. — Depuis les dernières notes, il y a eu des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Elle a éprouvé de grands chagrins domestiques. L'intensité de la jaunisse a beaucoup varié : parfois elle a été à peine appréciable, d'autres fois très-prononcée ; dernièrement elle a pris la teinte olivâtre caractéristique des affections hépatiques chroniques. La peau n'a éprouvé aucune modification notable depuis la dernière mention, sauf que les plaques des paupières paraissent moins nettement tranchées qu'elles ne l'étaient. Elle a continué, à part quelques omissions accidentelles, à suivre son traitement.

Ces cas sont des exemples incontestables de l'affection qui a été décrite en premier lieu par les docteurs Addison et Gull dans le septième volume de la seconde série des *Guy's Hospital Reports*, sous le nom de « vitiligoidea ». Il est regrettable que ces auteurs aient adopté cette dénomination qui fait supposer que la maladie en question se

rapporte au « vitiligo » de Willan : tandis qu'elle paraît être une affection *sui generis*, méritant un nom spécial. Les cas rapportés par Addison et Gull sont au nombre de cinq. Ils constituent deux groupes, l'un comprenant deux cas dans lesquels il n'y avait pas de jaunisse, tandis qu'elle existait dans les trois autres.

Or, dans ces trois derniers, les modifications cutanées furent tout à fait spéciales et caractéristiques; ces modifications concordent exactement avec celles observées chez un autre malade, plus récemment, à l'hôpital dans le service du docteur Barlow, et avec celles des deux faits qui sont rapportés ci-dessus.

D'un autre côté, les deux cas dans lesquels il n'y avait pas de jaunisse, relatés par Addison et Gull, présentent des caractères qu'il n'est pas facile de réunir à ceux dans lesquels elle existait. Dans l'un il est question d'une jeune femme de vingt-quatre ans admise à l'hôpital pour une éruption particulière, occupant le nez et affectant légèrement les deux joues. Elle consistait en tubercules luisants, dont le volume variait de la grosseur de la plus petite papule à celle de l'acné ordinaire. Dans le second cas il est question d'un jeune homme de vingt-sept ans, qui était atteint, depuis onze mois environ, de diabète, lorsqu'il survint en quelque sorte brusquement une éruption sur les bras, ayant d'abord, en apparence, un caractère lichénoïde. Dans l'espace de dix jours l'éruption s'étendit sur les bras, les jambes et le tronc, sur ses faces antérieure et postérieure, ainsi que sur le visage et dans les cheveux; elle consistait en tubercules disséminés de différentes grosseurs.

Dans le mémoire que nous analysons, l'auteur esquisse ensuite rapidement les principaux traits des trois observations compliquées de jaunisse, citées par Addison et Gull, et qui ont la plus grande analogie avec les deux qu'il vient de rapporter.

Dans tous ces cas, et surtout dans les deux derniers où on a noté avec soin l'état des matières fécales, il est à remarquer que les selles étaient d'une couleur naturelle et même plus foncée qu'à l'état normal, que d'ailleurs elles contenaient toujours de la bile.

En outre, alors que la maladie avait persisté pendant quelques mois, la peau conservait une teinte jaune ou orange, et ne présentait pas la coloration verdâtre que l'on observe en général dans des jaunisses prolongées.

L'ictère compliquant le vitiligoidea persiste des mois et même des années, et ne paraît nullement compromettre la vie des individus qui en sont affectés.

Comme jusqu'à ce jour on avait négligé de donner une description exacte de l'état de l'urine, on a procédé à cette analyse avec soin. Chez les malades des deux observations ci-dessus, l'urine renfermait la matière colorante de la bile en proportion considérable; on n'y a découvert ni acides bilieux, ni leucine et tyrosine, ni aucune autre substance étrangère.

La nature du changement survenu dans le foie est jusqu'à présent complétement inconnue. On n'a pas encore fait d'examen *post mortem* d'un cas de vitiligoidea. Le foie semble très-fortement et uniformément hypertrophié. On ne sent ni tubérosités ni nodules sur sa surface.

Il est essentiel de noter que les changements particuliers qui constituent l'affection cutanée, ne sont nullement limités à la peau. Chez deux ou trois malades les tubercules existant au niveau des articulations étaient en connexion avec les tendons extenseurs, la peau qui les recouvrait restant indemne. Les muqueuses peuvent être le siége des mêmes altérations que le tégument; la membrane de Schneider, les gencives, la voûte palatine ont présenté des plaques évidentes de la forme unie de la maladie.

Cette affection est non-seulement spéciale en elle-même,

mais elle est également remarquable par les variétés qu'elle présente dans différentes régions du corps, ces variétés étant constantes dans les points spéciaux en question. On peut les grouper sous quatre chefs différents.

1° Il y a la forme primitivement décrite par Addison et Gull sous le nom de *vitiligoidea plana*. On l'observe autour des paupières; elle constitue en général la première manifestation de la maladie. Elle débute par des points isolés près du canthus interne. Au bout de quelque temps ces points isolés paraissent se réunir et former une bande autour de chaque œil. Dans des cas plus avancés la variété unie se rencontre sur d'autres régions telles que les côtés du visage, le dos des mains et des doigts, les coudes. Il est digne de remarque, que bien que les plaques semblent parfaitement tranchées et élevées, il est à peine possible (si ce n'est même tout à fait impossible) de les sentir en passant le doigt par-dessus. Il n'existe pas la plus légère induration.

2° Un aspect un peu différent de celui-ci, s'observe sur la paume des mains, sur les doigts et la plante des pieds. Ici les parties malades ont une apparence particulière « pommelée » ou « analogue à la noix muscade. »

3e De petits « tubercules » d'une grosseur inférieure à celle d'un petit pois, presque entièrement isolés les uns des autres, quoique pouvant être agglomérés sur certains points. Ces « tubercules » ont une très-grande analogie avec les « papules » du lichen syphilitique, mais ils sont plus pâles.

4o Des tubérosités volumineuses agglomérées. On les rencontre sur le dos des mains et des doigts (notamment au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et des phalanges), sur l'olécrane et sur d'autres points. Elles sont très-solides et dures, mais facilement mobiles. Ainsi que je l'ai déjà dit, quelques-unes d'entre elles ont leur siége dans

les tendons extenseurs, et non dans la peau. Elles ont une coloration rougeâtre, et sont en général très-sensibles. Autour des articulations des doigts elles offrent la plus grande similitude avec les concrétions goutteuses.

Quant à la nature intime du vitiligoidea, on a émis bien des suppositions qui paraissent certainement erronées. Dans l'édition de Belcher du Traité des maladies de la peau, de Néligan, cette affection est indiquée sous le nom de *Stearrhœa flavescens;* Hebra affirme sans hésitation qu'elle résulte « d'une modification pathologique des glandes sébacées. »

Cette opinion paraît également inexacte. Le docteur H. Fagge, avec l'aide des docteurs Pavy et Moxon, après avoir excisé un des tubercules des doigts l'a examiné au microscope et a constaté qu'il était formé d'un tissu fibreux très-dense, avec de nombreux petits granules graisseux. Les papilles de la peau qui le recouvraient étaient remplies de corpuscules de même nature. Le docteur Pavy considère avec raison la présence de ces corpuscules comme la cause des plaques *couleur de crème*, qui constituent la variété unie de l'affection.

Il paraît résulter des faits que nous venons de relater que le vitiligoidea est une maladie *sui generis*, non limitée à la peau, mais affectant certains tendons, la muqueuse buccale et peut-être d'autres tissus; qu'elle se complique fréquemment d'ictère et que la jaunisse est d'une espèce particulière, indépendante de l'obstruction des voies biliaires, d'une durée remarquablement longue, peu sujette à se transformer dans la variété « verte »; ne compromettant pas la vie, et enfin s'accompagnant d'une hypertrophie considérable du foie, dont l'état pathologique est encore inconnu.

Rayer a mentionné cette altération des paupières sous le nom de : « *plaques jaunâtres des paupières* »; M. E. Wil-

son a proposé de désigner cette affection sous le nom de *xanthelasma;* mais il est évident que cette dénomination s'applique seulement aux cas dans lesquels la maladie n'est que légèrement développée, et non à ceux dans lesquels il existe des tubercules.

Action de l'acide phénique sur les animaux, les parasites végétaux : ses effets dans les maladies cutanées; par le docteur Isidor NEUMANN, prof. agrégé à l'université de Vienne.

Lemaire, Lebœuf, Bobœuf et Seclas sont les premiers qui aient recommandé l'usage interne de l'acide phénique contre les maladies les plus diverses. Lemaire et Waldemar Hoffmann ont fait de nombreuses expériences sur des animaux : les résultats obtenus sont en partie ceux que la créosote a donnés à Reichenbach, Mignes, J. Rose et Cormack; ils ont expérimenté sur des mollusques, des grenouilles, des chiens, des chats, des lapins, des lièvres, des chauves-souris, etc., et ont reconnu que l'acide phénique est un poison énergique qui agit sur le système nerveux, produit de la paralysie, des convulsions et la mort.

M. Isidor Neumann a recommencé leurs expériences : il s'est servi d'une solution à 1/7, qu'il a injectée sous la peau, dans l'estomac, dans le rectum, dans la veine jugulaire externe et dans le cœur.

Expériences sur les grenouilles. Deux à six gouttes de la solution injectées dans le cœur lymphatique, la peau des lombes et des extrémités produisent au bout de quelques minutes la paralysie des extrémités postérieures, puis des extrémités antérieures (elle se prononce d'abord dans le côté où l'injection a été faite), des secousses convulsives dans tous les muscles (ces secousses augmentent au moin-

dre bruit), l'accélération et puis le ralentissement de la respiration et de la circulation ; la secrétion des glandes cutanées augmente, la sensibilité reste longtemps intacte ; l'animal meurt dans des convulsions. A l'autopsie, on trouve une hypérémie prononcée des vaisseaux de la moelle allongée ; congestion et ecchymoses dans le foie.

Il met à nu le nerf sciatique et l'artère crurale, coupe l'os et les parties molles de façon que l'extrémité inférieure ne communique plus avec le tronc que par le nerf ou l'artère et injecte dix gouttes de solution dans l'extrémité détachée ; les mêmes phénomènes se produisent : seulement l'intoxication est bien plus rapide dans le premier cas (où la communication n'existait plus que par le nerf).

Expériences sur les lapins. Six gouttes d'acide injectées sous la peau donnent la mort au bout de 2 heures 1/2 ; convulsions violentes ; congestion des sinus crâniens, des vaisseaux de la moelle ; dilatation de la pupille ; l'iris est fortement injecté ainsi que les vaisseaux du pavillon de l'oreille. L'usage prolongé de petites doses produit de la diarrhée ; l'animal maigrit et meurt d'épuisement.

Expériences sur les chiens. Trois grammes ingérés en pilules cinq heures après le repas provoquent les accidents suivants : l'animal reste assis sur ses pattes de derrière, respire très-vite, la gueule ouverte ; la sécrétion salivaire augmente ; tremblement léger ; au bout d'une heure tout a disparu.

1,50 en solution donnés au même animal produisent des convulsions qui durent une heure ; perte d'appétit ; mort au bout de quatre jours. A l'autopsie : forte injection des méninges, congestion du cerveau ; la substance cérébrale est dure et peu humide ; congestion pulmonaire ; caillot mou dans le cœur ; la muqueuse de l'estomac est pâle, adématiée, molle ; l'intestin grêle, injecté dans sa partie supérieure, pâle dans sa partie inférieure, contient un liquide

verdâtre (bile décomposée). Le foie est d'un rouge brun, hypérémié, dur ; la cassure est grenue ; les cellules hépatiques ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse ; la rate est pâle, les reins exsangues, durs ; les cellules des canalicules rénaux sont troubles.

A un chien de taille moyenne, on injecte 1,30 (dans 16 gr. d'eau), sous la peau, à la face interne de la cuisse ; il s'y forme un abcès; l'animal meurt au bout de quelques jours au milieu de symptômes pyémiques. Foyers inflammatoires multiples dans le poumon ; le foie est brun, mou et a subi la dégénérescence graisseuse ; reins hypérémiés ; l'abcès est le point de départ de cordons indurés qui s'étendent vers l'abdomen ; ce sont les vaisseaux lymphatiques fortement gorgés de globules.

En résumé, on observe toujours la dégénérescence granulo-graisseuse du foie ; l'épithélium du rein est trouble ; l'urine contient de l'épithélium et de l'albumine.

Le sang, mis en contact avec l'acide phénique, subit les altérations suivantes : quelques globules se réunissent et forment des vésicules hyalines, transparentes ; d'autres ne perdent que leur matière colorante ; d'autres se gonflent et se remplissent d'un précipité de globuline. Au bout d'un certain temps le sang devient lacteux.

L'acide phénique rend les stries musculaires plus visibles ; au bout de 24 heures le muscle devient rigide ; les faisceaux primitifs ne sont pas altérés, mais les noyaux du sarcolemme ne sont pas si visibles que quand on emploie l'acide acétique.

La substance cérébrale fraîche se trouble d'abord, puis s'éclaircit de nouveau ; dans les nerfs, la substance médullaire disparaît, les cylindres-axes ne sont plus que des cordons transparents.

Les fibres connectives deviennent transparentes et l'on voit apparaître les noyaux allongés ; les granules grais-

seux se dissolvent et se transforment en vésicules hyalines.

Emploi de l'acide chez l'homme. Chez quelques individus 0,50 suffisent pour produire des phénomènes toxiques, nausées, etc. ; un enfant fut pris d'un délire violent avec 0,20, tandis que chez un malade éléphantiasique, qui en prit 3 grammes par jour pendant 3 mois, il n'y eut de phénomènes toxiques qu'au début. Machun (Brit. med. Journ. 1868, n° 378) rapporte trois cas dans lesquels on se servit par mégarde d'acide phénique au lieu de soufre pour frictionner des galeux : deux des malades se remirent au bout de quelques heures ; le troisième prit une attaque d'épilepsie et mourut (il avait déjà eu des accès quelque temps auparavant). Après les repas, on peut supporter de fortes doses, parce que l'albumine contenue dans l'estomac neutralise le poison.

Psoriasis. L'acide phénique diminue l'hypérémie, mais seulement au début, quand la peau n'est pas encore indurée ; il agit d'abord sur le système nerveux central, puis sur les vasomoteurs ; il vaut mieux employer de petites doses, parce qu'elles accélèrent la circulation, tandis que les fortes doses produisent la stase.

Action sur les parasites végétaux. On met en contact du penicillium glaucum du mucor racemosus et de l'oïdium lactis avec une solution à 1/500 qu'on renouvelle tous les jours ; la germination est arrêtée tant qu'on renouvelle la solution ; mais elle revient au bout de trois jours, quand on abandonne le végétal à lui-même.

On plante du penicillium glaucum et du rhizopus nigricans sur des tranches de pomme de terre cuite ; on arrose quelques-unes d'entre elles avec une solution d'acide à 1/500 ; la germination s'arrête, tandis qu'elle continue sur les autres tranches ; elle revient sur les premières trois jours après qu'on a cessé de les arroser avec la solution ;

l'arrêt dure quinze jours quand on a employé une solution à 1/300.

Les bacteries se meurent très-rapidement dans une solu- à 1/300 ; des solutions concentrées les détruisent ; elles anéantissent aussi la faculté germinative.

Les sels phéniqués n'ont aucune action sur les champignons.

En résumé, l'acide phénique est un poison violent, qu agit sur le système nerveux, exerce une influence marquée sur la respiration, la circulation, les sécrétions et les excrétions (peau, reins) : qu'on le donne à l'intérieur ou qu'on l'emploie extérieurement, il peut donner la mort ; longtemps continué, même à petite dose, il provoque des altérations du foie et des reins.

Introduit sous la peau, il agit avec trois fois plus d'énergie qu'ingéré dans l'estomac.

Pris à l'intérieur, il produit des effets favorables dans les dermatoses squadeuses, surtout quand il n'y a pas une forte infiltration de la peau.

L'acide phénique entrave la germination des végétaux inférieurs ; mais il faut que la solution soit un peu concentrée (1/500, 1/300).

(Archiv für dermatologie and syphilis 1869, n° 3.)

Docteur LORBER.

Ulcération syphilitique de la trachée, mort, par M. PRENGRUEBER (*in* Algérie médicale, n° 1).

La nommée X..., ouvrière, âgée de 18 ans, fut affectée d'un chancre, pour lequel elle entra au dispensaire, dans le milieu de l'année 1867. Là, on lui prescrivit un traitc-

ment mercuriel qu'elle ne voulut pas suivre. Son chancre ayant guéri, elle fut placée par sa famille dans un couvent. Elle y resta neuf mois sans ressentir le moindre accident, lorsqu'au mois de mars 1868, elle fut prise d'une dyspnée, allant tous les jours croissant, qui l'obligea à entrer à l'hôpital Mustapha, dans le service de M. Gros, professeur de clinique.

En l'auscultant, ce que l'on remarqua de plus saillant fut un souffle bronchique, plus intense à droite qu'à gauche et ayant son maximum pendant l'expiration. La respiration était courte; la malade remplaçant par de nombreuses inspirations l'insuffisance de chacune d'elles, la voix était enrouée, faible; les membres avaient perdu une partie de leur chaleur habituelle; tout, en un mot, indiquait chez elle le défaut d'hématose. Dès qu'on connut les antécédents de la malade, on admit une ulcération syphilitique du conduit laryngo-trachéal, siégeant en un point qui ne pouvait être fixé exactement, mais qui fut cependant jugé placé bien au-dessous des cordes vocales, le laryngoscope ayant permis de voir celles-ci parfaitement saines.

On fit suivre un traitement mercuriel qui, cette fois, fut continué avec persévérance, et, en même temps, on administra des pédiluves sinapisés, dont l'action parut efficace et diminua la dyspnée pendant quelques jours.

L'état de la malade allait tous les jours en s'améliorant, et elle était sur le point de sortir lorsqu'elle fut prise d'un violent accès de suffocation qui faillit l'emporter, mais qui céda assez facilement à l'emploi d'un vomitif. Les accès se renouvelèrent les jours suivants, et il fut possible d'assister à l'un d'eux.

La dyspnée était extrême; la jeune fille, assise sur son lit, faisait de violents efforts pour respirer; l'inspiration était relativement facile, mais l'expiration était d'une difficulté extrême, s'accompagnant d'un sifflement bruyant.

La peau était cyanosée, froide; la face anxieuse, les yeux fermés; les mains faisaient des efforts comme pour enlever un corps étranger placé au devant de la trachée.

Le péril paraissant imminent, on se disposait à pratiquer la trachéotomie, lorsque la malade revint à elle.

On prescrivit une infusion d'ipéca comme boisson, un vésicatoire sur la poitrine, et, le lendemain, elle se trouvait tellement bien, qu'elle put reprendre ses occupations dans la salle.

Le mieux continua les jours suivants; la jeune fille était devenue gaie, contente, lorsqu'elle mourut subitement.

Elle s'était réveillée la nuit, en proie à un nouvel accès qui l'avait enlevée en quelques minutes.

Autopsie. — Les divers organes étaient sains; les poumons présentaient les signes de congestion que l'on remarque dans les cas d'asphyxie; quant à la trachée, elle présentait, à deux centimètres environ au-dessous de la bifurcation des bronches, une vaste ulcération occupant sa circonférence à peu près entière, et remontant jusqu'au niveau de la glande thyroïde, à un centimètre et demi du bord inférieur du cartilage cricoïde. Les bords de la lésion étaient taillés à pic; son bord supérieur proéminait plus que l'inférieur et formait soupape s'ouvrant de haut en bas, ce qui explique la facilité relative de l'inspiration et la difficulté de l'expiration.

Le fond de l'ulcération, constitué dans une grande partie de son étendue par du tissu cellulaire épaissi, était parsemé de fragments de cartilages trachéens nécrosés. L'un de ces fragments, de forme pyramidale, plus long que les autres, était situé à la partie supérieure de l'ulcération: sa base y adhérait par un faible pédicule, et son sommet, en se relevant, venait fermer complétement l'ouverture que laissait dans la trachée la soupape dont j'ai parlé plus haut. Dès lors, tous les phénomènes observés pendant la vie s'expli-

quaient facilement. La dyspnée habituelle était due à la disposition du bord supérieur; les accès ayant précédé le dernier avaient été causés par l'élimination des parties nécrosées; chaque fragment qui devenait libre mettait obstacle au passage de l'air, jusqu'au moment où il était expulsé au dehors, soit au moyen d'un vomitif, soit après les efforts de toux de la malade.

Enfin, le dernier accès, dont le résultat avait été fatal, pouvait être attribué au fragment, plus étendu que les autres, que l'autopsie nous fit voir adhérent à la trachée.

MÉLANGES.

Uriage, 1er septembre 1869.

Vous me demandez, mon cher ami, quelques détails sur la prostitution en Chine, pour les insérer dans vos *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* Il m'est impossible de vous donner le moindre renseignement sur l'intérieur du pays, que je n'ai jamais visité, et qui n'est guère accessible jusqu'à ce jour qu'à quelques rares missionnaires; mais je suis heureux de pouvoir vous faire part des observations que ma position de médecin attaché aux paquebots de la ligne de l'Indo-Chine, depuis la création de cette ligne en 1862, m'a permis de faire au fur et à mesure que les différents types que j'aurai à vous décrire ont passé sous mes yeux. C'est une étude intéressante, et que j'ai suivie tour à tour à Honkong, à Wampoa, à Canton et à Sanghaï.

Avant d'aborder notre sujet, ne trouvez pas mauvais que nous jetions un coup d'œil sur la situation qui est faite à la femme en Chine; vous verrez que cette situation n'est pas étrangère au sujet qui nous occupe, et qu'elle explique même en partie les désordres moraux que nous aurons à constater.

La femme, dans le Céleste Empire comme chez tous les peuples de l'Orient, n'occupe pas dans la société le rang que nous sommes habitués à lui accorder en Europe. Son rôle est beaucoup plus effacé; elle est reléguée, par les mœurs du pays, à l'ombre du foyer domestique, et, soit par suite d'un sentiment de jalousie, ou mieux pour se conformer aux rites, aux anciens usages, elle habite des ap-

partements séparés, où elle ne reçoit que des personnes de son sexe ; et, lorsqu'elle rend des visites, elle est soustraite à tous les regards dans une chaise à porteurs hermétiquement fermée.

Quand un jeune homme veut se marier, il lui est interdit de voir sa fiancée, il faut qu'il s'en rapporte à l'opinion de quelque matrone plus ou moins intéressée à lui dire la vérité ou à la lui dissimuler. Il en résulte souvent des déceptions, des désillusions qui ne peuvent qu'être un motif de discorde et d'éloignement de la part du mari, une fois que le mariage est définitivement conclu.

Cet état de choses ne s'observe que chez les Chinois appartenant aux sphères élevées de la société ou dans la classe qui correspond à notre petite bourgeoisie, c'est-à-dire au commerce et à la corporation si nombreuse des compradors qui servent d'intermédiaire forcé entre l'élément indigène et les grandes maisons européennes établies en Chine. Quant au peuple, il est inutile de dire que les nécessités de l'existence le mettent dans l'obligation de déroger aux habitudes des privilégiés de la fortune. La femme est non-seulement pour lui une compagne, mais elle a la part la plus lourde des charges du ménage. Les travaux les plus pénibles lui sont familiers : à terre, elle transporte les matériaux de construction, elle se livre à la culture des rizières, les jambes nues dans la vase une partie de la journée ; lorsqu'elle est mère, elle porte son enfant sur le dos, enveloppé dans un carré de toile et soutenu par quatre bretelles. Ce petit être, dont on ne voit que la tête et les extrémités, ressemble à une tortue dans sa carapace, et a l'air de se faire à une position aussi gênante. Il n'en est délivré que quand il commence à pouvoir marcher, et, comme les familles sont nombreuses en Chine, il est bien rare que la pauvre femme ne quitte pas son fardeau pour en reprendre un autre.

La population, de plusieurs centaines de mille âmes, qui vit constamment sur l'eau, soit dans un frêle *sampan*, nom des embarcations du pays, soit dans des jonques aux dimensions plus ou moins considérables, ne fait pas à la femme un sort plus doux qu'à terre. Forcée de vivre dans un espace restreint, il faut qu'elle s'ingénie pour donner aux siens le plus de bien-être possible. On ne se douterait jamais des mille ressources imprévues qu'elle sait créer, et de la peine qu'elle est obligée de prendre pour assurer la bonne tenue de son embarcation, qui est son seul gagne-pain et celui de sa famille par le transport des passagers et des marchandises. Les enfants arrivent, ils grandissent ; il en arrive d'autres. Nouveaux soucis, nouvelles préoccupations. La gêne se met dans le ménage; de là toutes les tentations pour la jeune fille élevée dans ce milieu, et qui sait qu'elle n'a qu'un mot à dire pour se trouver dans une aisance relative.

Il ne faut pas croire non plus que le sens moral soit très-développé dans les classes inférieures. Soit que les nécessités de la vie rendent plus indulgent sur les questions d'honneur, d'honnêteté, soit que la vue d'un petit pécule ait un certain attrait pour l'homme du peuple, toujours est-il que la pécheresse trouve facilement à se marier, et qu'une fois rentrée dans le droit chemin il est très-rare que sa conduite soit répréhensible. Le mari est, du reste, armé d'un droit exorbitant, mais bien singulier : s'il a la preuve de l'infidélité de sa femme, il peut la faire conduire dans une maison de prostitution, et retirer lui-même le produit de cette nouvelle industrie... Est-ce assez bizarre ?

Le meilleur moyen d'étudier la prostitution en Chine est de passer en revue les diverses professions qui l'alimentent, de constater ensuite l'insuffisance de la réglementation sur la matière, et de voir enfin si l'on ne pourrait pas

obtenir des autorités locales des visites médicales à domicile ou dans un dispensaire municipal, et, comme conséquence de ces visites, le traitement des femmes malades dans un établissement *ad hoc*, ainsi que l'organisation d'un hôpital pour y recevoir les Européens.

La profession qui fournit le contingent le plus élevé à la prostitution est celle de blanchisseuse. Je ne sais si la nécessité d'aller prendre le linge à domicile et de le rapporter offre à la femme des occasions de se livrer ; mais, ce qui est certain, c'est que l'on peut compter celles qui ne se prostituent pas. Un spectacle curieux pour l'observateur est celui de l'arrivée d'un paquebot sur rade de Hongkong. A peine le navire est-il mouillé, quoique les échelles ne soient pas encore amenées, le pont se trouve immédiatement envahi par une nuée de blanchisseuses qui veulent à toute force laver quelque chose, et qui vous entraînent vers votre cabine pour que vous leur remettiez votre linge sale. Il faut se méfier de ces sirènes, dont quelques-unes sont jeunes et jolies, car l'expérience démontre qu'elles sont presque toutes malades. Il n'est pas de ruses qu'elles n'inventent pour se soustraire à la surveillance et aux recherches des capitaines d'armes chargés de leur faire quitter le bord. Cette industrie est très-répandue dans tous les ports de mer de Chine et dans les relâches des grandes rivières. A Wamphoa, près Canton, où les navires passent au bassin, et où il est impossible de les empêcher de s'introduire à bord, l'on est obligé de faire la part du feu et de leur accorder une heure le matin et une heure le soir, pendant les repas de l'équipage, pour qu'elles puissent exercer leur profession ostensible.

Au coup de cloche qui annonce la suspension du travail, on les voit s'avancer gravement, portant les unes une vareuse, les autres un simple mouchoir destinés à l'heureux matelot qui a fait avec elles un pacte d'alliance pour toute

la durée du séjour d'une semaine, et qui laisse dans leurs mains toute sa solde d'un mois, c'est-à-dire la somme relativement considérable de 65 à 75 francs.

Il y a aussi des blanchisseuses plus difficiles; celles-là dédaignent les hommes de l'équipage; leurs visées sont plus élevées : elles ne s'adressent qu'à l'état-major. Leurs vêtements sont plus soignés, leur tenue plus décente; quelques-unes ont des talents d'agrément. Elles chantent, jouent d'une espèce de mandoline, et elles ont un goût effréné pour les belles étoffes, les bijoux, les gâteaux, le vin de Champagne! Leur industrie paraît lucrative, à en juger par les apparences de luxe qu'elles affichent. Elles habitent de petites maisons fort propres, ayant une terrasse du côté de l'eau. La distribution intérieure consiste en une grande pièce au rez-de-chaussée, munie d'une tribune élevée à la hauteur du premier étage. Cette tribune communique avec la chapelle ou l'oratoire dédié à Bouddha, sur l'autel duquel sont déposés du thé, des fruits, des gâteaux, pour se rendre le dieu favorable. Un certain nombre de petites cellules sont destinées aux pensionnaires de l'établissement, qui y introduisent ceux qui veulent s'initier à leurs mystères. Cette catégorie de femmes est rarement malade; les soins de propreté qu'elles s'imposent et le petit nombre d'élus auxquels elles se livrent présentent beaucoup plus de chances de sécurité.

L'on donne le nom de *tankadères* ou de batelières à des femmes ou à de jeunes filles dont l'industrie consiste à vous transporter d'un point à un autre sur le fleuve ou en rade, et souvent à de très-grandes distances. Leur adresse à manœuvrer leurs embarcations est merveilleuse. Leur costume, quand il est frais, est gracieux, toujours commode. Quand l'embarcation est grande, qu'elle est divisée en plusieurs compartiments très-confortables, avec une toiture en bambou, ayant une forme demi-sphérique pour

vous préserver du soleil et de la pluie, le nombre des batelières s'élève jusqu'à cinq. Le service qu'elles font est très-rude quand il faut lutter contre le courant, et la rémunération, quoique élevée pour des Chinoises, ne représente pour chacune d'elles qu'une somme presque insignifiante pour nous. L'habitude qu'elles ont de voir des Européens, l'appât du gain, qui exerce un si grand empire sur la race chinoise, les rend très-accessibles, et l'on peut dire qu'après les blanchisseuses les tankadères rentrent pour la plus grande part, dans le recrutement de la prostitution. Après les chaudes journées d'été, on les entend le soir, sur le fleuve ou en rade, entonner un chant plaintif et mélancolique qui n'est pas dénué de charme. Elles préviennent ainsi de leur présence, et font appel aux hommes de bonne volonté!

Pour épuiser le sujet en ce qui touche à la population qui vit sur l'eau, je dois aussi vous parler des bateaux-fleurs, ainsi nommés parce que la chambre principale de ces bateaux, qui a une grande analogie avec un salon de nos paquebots, est orné de fleurs contenues dans des vases placés le long des murs, et se touchant presque les uns les autres. Cette chambre est, en outre, garnie d'un grand nombre de lustres en cristal de roche, dont l'éclairage produit, la nuit, le meilleur effet. Les bateaux-fleurs sont généralement ancrés sur une ou plusieurs rangées; ils sont plus ou moins bien décorés à l'intérieur, mais leur disposition est la même. On les aborde à l'avant, par une large plate-forme qui donne accès au salon. Le long des murs courent de petits siéges en bois de fer, qui ressemblent aux stalles de nos cathédrales, et entre deux de chacun de ces siéges une petite table du même bois sert à déposer, entre deux convives, le thé, les rafraîchissements et les différents objets de consommation offerts par l'amphytrion. L'arrière de la jonque, séparé de la chambre par une

épaisse cloison, sert de cuisine, et au-dessus, sur le pont, formant une espèce de dunette, sont les logements des femmes dont nous allons nous occuper.

Les bateaux-fleurs appartiennent à une façon de capitaine à double fin qui, moyennant la somme de cent piastres mexicaines ou de 555 fr. vous laisse la libre disposition, pendant une nuit entière, de tout le matériel nécessaire pour avoir un bon repas, et du personnel chargé de vous distraire; mais pour jouir de cette faveur, il faut être Chinois. Les étrangers sont admis gracieusement de 8 à 10 heures du soir à assister au commencement de la fête, mais un sentiment de convenance les fait se retirer après avoir pu se faire une idée de la mise en scène de ces sortes de réunions, dont l'ordonnance ne laisse rien à désirer. Une vingtaine de jeunes femmes couvertes de vêtements de soie, le visage tellement maquillé de blanc et de rouge qu'il est difficile de pouvoir aprécier la réalité de leurs charmes, circulent de table en table pour offrir du thé, du samchou, liqueur fermentée extraite du riz, des gâteaux et toutes sortes de raffraichîssements. D'autres font entendre un chant qui peut être harmonieux pour des oreilles chinoises, mais qui agace singulièrement le système nerveux de ceux qui n'en ont pas l'habitude. Des instruments discordants font aussi leur partie dans ce singulier concert. On est bien là aux antipodes de tout ce que nous avons l'habitude de considérer chez nous comme le beau et le vrai; nos idées en sont bouleversées, et pourtant près de trois cents millions de nos semblables, élevés à la même école, semblent y prendre un plaisir extrême. Que conclure de tout cela? c'est qu'il ne faut pas avoir de parti pris, qu'il est bon de tenir compte du milieu dans lequel on se trouve, et que si l'on demandait franchement à un Chinois ce qu'il pense de notre coiffure, de nos vêtemens incommodes, nous serions médiocrement flattés de l'opinion qu'il exprimerait à ce sujet.

Après le départ des étrangers, la fête prend un caractère plus intime. Les convives sont entourés par toutes les femmes qui se distribuent les rôles. Les unes les éventent, les autres allument leurs pipes, celles-ci vont chercher des nattes et des coussins pour qu'ils puissent fumer l'opium plus à l'aise, celles-là continuent leur chant et leur musique instrumentale. La nuit se passe dans l'ivresse et l'abrutissement le plus complet.

La clientèle des bateaux-fleurs est beaucoup plus considérable qu'on ne le croirait de prime abord. Les mandarins qui ne se piquent pas d'une grande rigidité de mœurs les louent fréquemment et les gardent quelquefois des semaines entières. Lorsqu'un négociant a fait dans les affaires un bénéfice inespéré, il s'empresse d'inviter quelques amis, et cherche une diversion à la monotonie de son existence matrimoniale en louant aussi pour une nuit un de ces établissements. Il en est de même des compradas qui, ayant dans les mains un grand roulement de fonds, effectuent des profits considérables en prêtant à gros intérêts et à courte échéance, et qui n'engagent en rien la responsabilité des grandes maisons européennes qui les emploient, la corporation entière étant solidaire de chacun de ses membres, et les infidélités partant fort rares, pour ne pas dire impossibles. Lorsque le jour arrive, chacun regagne son domicile, tout rentre dans l'ordre. On se croirait dans le milieu le plus respectable, si l'on s'en rapportait aux simples apparences.

Dr LOUIS BLANC.

A suivre.)

VARIÉTÉS.

Nous apprenons et annonçons à nos lecteurs, avec le plus vif regret, que le *Journal of Cutaneous Medicine and Diseases of the skin*, dirigé avec tant d'autorité et de savoir par notre éminent confrère, le docteur Erasmus Wilson, cesse de paraître. Ce sera une perte vivement ressentie par les dermatophiles de tous les pays; par nous, notamment, qui y puisions les meilleurs et les plus instructifs documents.

Mais si la promotion de notre confrère à la chaire de dermatologie, promotion légitimement due à ses travaux et qui couronne si dignement la haute position scientifique qu'il occupe dans son pays; si, dis-je, les exigences de cette nouvelle situation s'opposent à ce qu'il puisse se consacrer aussi complétement que par le passé à l'œuvre qu'il avait créée, ne lui aurait-il pas été possible de grouper autour de lui une pléiade d'écrivains qui, s'inspirant eux-mêmes du culte voué par leur chef à cette branche de la science, eussent continué, sous son impulsion, un recueil dont l'influence était considérable?

Les cours ne sauraient remplacer l'œuvre du journal. S'ils sont indispensables à l'éducation de la génération médicale qui fréquente les écoles et à la consécration scientifique du professeur, les publications périodiques et spéciales font pénétrer partout, non-seulement les paroles tombées du haut de la chaire, mais encore toutes les recherches et les études dues à l'initiative qui en découle. C'est du reste l'avis de M. Er. Wilson lui-même, qui, obligé de se retirer, par suite d'un surcroît de travail, est cepen-

dant « parfaitement convaincu que la permanence du journal contribuerait à réaliser des progrès très-importants dans la science que nous affectionnons. »

C'est aussi là notre opinion, et nous espérons bien que l'appel à ses jeunes confrères sera entendu de l'autre côté du détroit. La dermatologie a toujours été cultivée avec honneur dans ce pays, et aujourd'hui, plus que jamais, il s'y trouve une nombreuse phalange de savants pleins d'intelligence et de zèle, qui suit avec honneur et succès la voie si glorieusement tracée par les Willau, les Bateman, les Plumbe, etc., Erasmus Wilson, etc., et nous avons le ferme espoir que l'œuvre si brillamment entreprise par notre savant collègue ne disparaîtra pas.

Aussi n'acceptons-nous point, pour notre part, le *farewell* de notre cher collègue, et aimons-nous à présumer qu'il nous permettra de le traduire en français par un simple *au revoir*, et que nous aurons souvent encore le plaisir de lire ses travaux. En attendant, qu'il veuille bien accepter l'expression de nos plus sympathiques regrets pour son abdication volontaire, en même temps que de nos félicitations les mieux justifiées sur sa nouvelle élévation.

A. DOYON.

Paris. — Imprimerie PAUL DUPONT, rue Jean-Jacques-Rousseau, 41.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

DU

SULFATE DE QUININE

DANS LE TRAITEMENT

DE L'ÉRYSIPÈLE SPONTANÉ DE LA FACE

PAR LE Dr PERROUD

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon

Ce n'est pas l'action tonique névrosténique du sulfate de quinine ni son action antipériodique que nous avons voulu utiliser dans les faits suivants, mais bien certaines propriétés que cette substance paraît avoir sur les globules du sang, et qui dernièrement ont fait le sujet de travaux intéressants.

Ces travaux ainsi que les récentes recherches entreprises sur le processus érysipélatode nous ont servi de guide; ce sont eux qui ont déterminé notre thérapeutique, il est donc nécessaire que nous les rappelions en quelques mots.

Il y a deux ans, M. Vulpian(1), après Koster, Volkmann, Steudener, signalait la présence d'une grande quantité de globules blancs du sang infiltrés dans l'épaisseur de la peau des parties atteintes d'érysipèle : cette observation était bientôt confirmée, et aujourd'hui il paraît démontré que l'infiltration du derme cutané par une grande quantité de leucocythes est un des éléments principaux du processus de l'érysipèle, et que c'est à lui que l'on doit attribuer en grande partie le gonflement des points malades. Il paraît démontré aussi que ces leucocythes peuvent rapidement être résorbés et disparaître, car on ne les trouve plus deux ou trois jours après la disparition du gonflement. Enfin suivant de très-sérieuses présomptions, on peut regarder comme très-probable que ces éléments n'ont point été formés dans les points atteints d'érysipèle, mais qu'ils y ont seulement pénétré par extravasation à la suite de transsudation à travers les parois vasculaires.

Nous savons que cette dernière opinion n'est pas encore admise sans contestation. Plusieurs observateurs, K. Balogh en Allemagne (2), Feltz en France (3), nient cette traussudation parce qu'il n'ont pas été assez heureux pour la surprendre; mais leurs observations négatives sont en trop petit nombre pour qu'il leur soit possible d'infirmer des résultats positifs déjà nombreux.

Sans avoir la prétention d'être complet, nous rappellerons en effet que dès 1846, M. Waller, de Londres, annonçait, dans le *Philosophical Magazine*, avoir vu les globules blancs du sang traverser les parois des vaisseaux sans rupture préalable de celles-ci. Cette observation était passée inaperçue quand dans ces dernières années, Couheim à Berlin, Stricker (4), Prussack à Vienne, etc. reprenant le

(1) Vulpian, *Archives de physiologie*, 1868.

(2) Balogh, *Archives de physiologie*, 1869, p. 152.

(3) Feltz, *Journal de Robin*, 1870.

(4) *Journal de l'anatomie et de la physiologie* de Robin, 1867.

même sujet sont arrivés aux mêmes conclusions. Depuis, de nouveaux observateurs ont confirmé les résultats obtenus par les micrographes allemands. Citons parmi les médecins français Hayem et Vulpian dont on se rappelle les récentes communications (1), et avant eux Lortet (2) et Ranvier (3) qui démontrèrent, le premier que les globules blancs pouvaient traverser les membranes animales (baudruche, vessie natatoire des poissons), et le second qu'ils pouvaient s'introduire dans des morceaux de moelle de sureau et jusque dans les cellules végétales de cette moelle, de même qu'il est donné de constater quelquefois leur présence dans des cellules épithéliales où ils ont dû s'introduire par pénétration.

Il paraît donc prouvé que des leucocythes peuvent être extravasés sans rupture préalable des capillaires, et il est extrêmement probable, comme nous le disions plus haut, que cette extravasation constitue un des éléments principaux du processus érysipélatode. D'un autre côté, M. Lortet nous a appris que les mouvements amiboides des globules blancs du sang étaient nécessaires pour que la pénétration de ceux-ci à travers les tissus pût s'effectuer : un pus jeune et de bonne nature s'extravase facilement ; un pus ancien dont les leucocythes sont malades ou sont morts s'extravase mal ou ne s'extravase pas du tout. Si donc par un médicament quelconque il nous était donné d'amoindrir la vitalité des globules blancs du sang et de diminuer les mouvements de leur protoplasma, il est à présumer que leur extravasation devenant impossible, le processus érysipélatode se trouverait par cela même enrayé et même complètement arrêté.

(1) *Académie de Médecine*, séance du 15 février 1870.

(2) Lortet, *Annales de la Société des sciences médicales de Lyon*, 1868.

(3) Ranvier, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1868.

Le problème se réduit done à trouver une substanee capable de détruire les mouvements amiboïdes des leueocythes à une dose telle qu'elle ne soit pas toxique pour le malade.

M. Binz (1) s'est livré à ce genre de reeherehes, il a étudié l'influenee de différentes solutions non-seulement sur la vitalité de quelques infusoires, mais encore sur celle de leueocythes tenus en suspension dans du sérum, et il est arrivé ainsi à ranger les sels de quinine parmi les plus toxiques.

Une dissolution de ehlorhydrate de quinine au 800e tue immédiatement des infusoires volumineux, une dissolution au 2000e les fait périr en quelques minutes et une dissolution au 20000e en quelques heures. Même effet sur les globules blancs; si l'on mêle à du sérum parfaitement pur une goutte de sang prise sur un animal en pleine digestion, on verra se produire sans obstacle les mouvements amiboïdes; qu'on répète au eontraire eette expérience avec du sérum contenant un 2000e de chlorhydrate de quinine et, sans que les globules rouges reçoivent la moindre altération, on verra s'arrêter les mouvements des globules blancs.

Les données précédentes eonduisent tout naturellement à essayer l'emploi de la quinine toutes les fois qu'il y a une tendanee pathologique à l'extravasation des leueocythes, dans un très-grand nombre d'inflammations par exemple, et en partieulier dans l'érysipèle. Mais à quelle dose faut-il administrer le médicament?

M. Binz, sans aborder la question de l'érysipèle, pense que pour arrêter les progrès d'une péritonite suppurée, il serait néeessaire d'administrer 12 à 15 grammes de chlorhydrate de quinine dans les 24 heures; il nous a paru que,

(1) Binz, *Sur le mode d'action de la quinine* dans les *Archives de physiologie*, 1868.

dans l'érysipèle au moins, une si forte dose n'était pas nécessaire. Nous savons en effet que le chlorhydrate de quinine au 2000e arrête brusquement tout mouvement amiboïde des leucocythes et qu'il les arrête en quelques heures au 20000e ; nous savons encore que la quantité de sang de chaque individu est environ un kilogramme pour 10 ou 13 kilogrammes de parties solides (1), par conséquent qu'un individu d'un poids moyen de 70 kilogrammes a 7 kilogrammes de sang; une dose de sel de quinine exprimée par la fraction $\frac{7000}{2000}$ ou même $\frac{7000}{20000}$ doit donc être suffisante pour influencer assez les globules blancs du sang, et rendre difficile ou même impossible leur extravasation.

C'est en nous basant sur ces données que nous avons administré le quinine à la dose quotidienne de 30 à 40 centigrammes seulement, dans une potion que l'on faisait prendre par cuillerée toutes les demi-heures, afin de laisser le malade sous l'influence persistante et prolongée du remède.

Nous n'avons pas employé le chlorhydrate de quinine. Ce sel, il est vrai, est le plus soluble et le plus facilement absorbable, aussi est-ce à lui que M. Binz conseille de recourir; mais nous n'avons pu nous en procurer et nous avons dû nous adresser au sulfate dont l'emploi est très-usité dans les hôpitaux. Ce sel n'étant pas détruit dans le torrent circulatoire et se retrouvant en nature dans les urines, il était permis d'espérer de sa part une action directe sur les leucocythes pendant son passage dans le système sanguin et par conséquent une heureuse influence sur la marche de l'érysipèle.

Nos prévisions n'ont pas été trompées, la première ma-

(1) Robin, *Traité des humeurs.*

lade à laquelle nous avons donné le médicament avait contracté un érysipèle de la face dans l'hôpital même. La veille au soir le gonflement avait paru sur la face dorsale du nez, et il occupait le lendemain la plus grande partie de la figure; 30 centigrammes de sulfate de quinine suffirent pour enrayer complètement le mal; le même soir de l'administration du remède, le gonflement et la rougeur diminuèrent et à notre visite du lendemain matin la face était complètement libre et la fièvre nulle.

Un résultat aussi prompt était bien fait pour nous encourager : nous nous résolumes dès lors, la théorie aidant, à de nouvelles tentatives, mais il arriva, par un hasard fâcheux, que jamais nous n'avons eu moins d'érysipèles à traiter que depuis ces deux dernières années. Quoique nous ayons été si peu favorisés par les circonstances, nous avons pu réunir un nombre assez considérable de faits pour en tirer quelques conclusions.

OBSERVATION I. *Erysipèle spontané de la face avec phlyctènes. Etat adynamique et délire. Très-rapide guérison après l'administration du sulfate de quinine.*

Annette R..., lingère âgée de 15 ans, et d'un tempérament lymphatique, entre, le 18 novembre 1868, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 49.

Cette jeune fille habite une maison religieuse dans laquelle l'érysipèle paraît régner endémiquement depuis plusieurs mois. Plusieurs religieuses en ont été ou en sont encore affectées; la malade elle-même raconte avoir été déjà atteinte une première fois; il y a deux mois, l'érysipèle dura alors quinze jours, et ce fut pendant son cours que parut la première menstruation? L'écoulement dura une journée, et ne s'est pas reproduit depuis.

Il y a deux jours, début de la maladie actuelle, sans prodromes bien prononcés; la rougeur et le gonflement érysipé-

lateux commeneèrent vers la raeine du nez, un peu à droite, sans uleération, ni traumatisme queleonque des parties; ils s'étendirent ensuite rapidement de ehaque eôté, envahissant les deux joues, les paupières, le front, la lèvre supérieure et le nez.

A l'arrivée de la malade dans le serviee, toutes ees parties étaient gonflées, ehaudes, d'un rougetrès-vif et étaient le siége d'une tension euisante et douloureuse ; plusieurs phlyetènes oeeupaient les régions malaires; les ganglions sous-maxillaires étaient un peu engorgés, mais indolents ; le menton et la lèvre inférieure, le pavillon des oreilles, le euir ehevelu n'étaient pas envahis.

La malade était très-abattue, la peau sèehe et ehaude, le pouls à 136; un émétique administré la veille avait déterminé des vomissements sans selles. (Tisane de mauves et de violettes: 30 eentigrammes de sulfate de quinine à administrer d'heure en heure en einq ou six fois dans la journée en potion; pour la nuit, potion diacodée.)

Le lendemain 20 novembre, la nuit a été meilleure que la préeédente, quoiqu'il y ait eu eneore un peu de subdelirium, l'érysipèle qui jusqu'alors avait fait des progrès eontinus, ne s'est pas étendu, le gonflement paraît même un peu moindre. La eéphalalgie est moins intense, le pouls moins fréquent, mais l'adynamie est eneore très-marquée et la langue est un peu sèehe dans sa zone médiane. (Même preseription.)

Le 21 novembre, pouls à 104, langue humide et un peu saburrale, la rougeur a eonsidérablement pâli, le gonflement est bien moindre, la peau eommenee à se plisser et l'épiderme à se erevasser à la faee. Etat général bon, la malade demande à manger. (Même preseription.)

Le 22, pouls à 60, la peau a sa ehaleur naturelle, l'érysipèle est eomplètement effaeé, le gonflement est nul et la faee est en pleine desquamation; appétit; la malade veut

se levér, on supprime le sulfate de quinine et on le remplace par une portion de vin de Bordeaux.

Le 26 novembre, la guérison est complète, et la malade obtient son exeat. Une religieuse, qui, avait été atteinte d'un érysipèle facial quelques jours avant Annette R... dans le même couvent, est encore en pleine période d'éruption au moment de la sortie de notre petite patiente.

OBSERVATION II. *Erysipèle de la face chez une jeune fille scrofuleuse. Rapide disparition de l'éruption après l'administration du sulfate de quinine.*

Louise Ant..., âgée de 13 ans et très-lymphatique, entre, le 9 décembre 1868, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 100.

Cette jeune fille est atteinte depuis cinq ou six ans d'une ophthalmie scrofuleuse pour laquelle elle vient d'être soignée dans la salle Saint-Paul, d'où elle n'est sortie que depuis avant-hier; elle raconte que depuis plusieurs années, elle est atteinte tous les printemps d'un érysipèle de la face qui dure environ une dizaine de jours.

Il y a deux jours, le jour même de sa sortie de l'Hôtel-Dieu, elle accuse un peu de courbature, le lendemain 8 décembre, le dos du nez était le siége d'un gonflement érysipélateux qui gagna les deux joues dans la journée.

Le 9 décembre, à l'arrivée de la malade dans notre service, l'érysipèle occupe le nez et une partie de la joue droite, la paupière inférieure droite et la moitié externe de la paupière supérieure du même côté ; à gauche il occupe la joue et la paupière inférieure, quelques phlyctènes siégent sur les parties tuméfiées; fièvre assez forte; abattement ; léger état saburral, pas d'engorgement ganglionnaire.

Le 10 décembre, au moment de la visite du matin, l'éry-

sipèle s'est étendu surtout à droite; les deux paupières sont gonflées, la totalité de la joue est envahie, l'œil ne peut s'ouvrir; le pouls est à 88, la peau chaude. (Potion diacodée pour la nuit et potion avec sulfate de quinine 0,30 à prendre dans la journée en six ou sept fois à une heure d'intervalle.)

Le 11, la rougeur et le gonflement ont considérablement diminué; les yeux s'ouvrent facilement, la peau est plissée par suite de la diminution du gonflement et l'épiderme se fendille sur les points phlogosés, le pouls est à 68, la peau est bonne. (Même prescription.)

Le 12, apyrexie complète; la malade réclame une augmentation de régime et demande la permission de se lever, l'érysipèle est complètement éteint.

Le 13, la guérison se confirme : on supprime le sulfate de quinine, que l'on remplace par l'iodure de fer et la tisane de feuilles de noyer, en raison du lymphatisme exagéré de la malade.

Observation III. *Erysipèle de la face survenu pendant la convalescence d'une varioloïde. Gonflement intense. Rougeur modérée de l'éruption. Rapide guérison après l'administration du sulfate de quinine.*

Marie Pell..., âgée de 19 ans, entre, le 8 juin, 1869 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint Charles, 57.

Cette malade est sortie, il y a une dizaine de jours, de l'hôpital, convalescente d'une varioloïde de médiocre gravité.

Le 7 juin, début de l'érysipèle par le dos du nez après trois jours de prodromes.

Le 8 au soir, l'érysipèle occupe le nez, les deux régions malaires, la moitié inférieure du front et les deux paupières qui sont closes presque entièrement surtout à

droite : la rougeur est peu vive, mais le gonflement est très-prononcé ; la peau est chaude, le pouls à 112 ; il y a de la céphalalgie, du brisement général et un peu d'embarras gastrique : deux verrées d'eau de Sedlitz sont administrées.

Le 9, à la visite du matin, le pouls est à 92 ; l'érysipèle occupe le nez, tout le front, les deux joues dans toute leur étendue et les paupières qui sont complétement fermées ; engorgement ganglionnaire sous-maxillaire à gauche ; faiblesse générale ; céphalalgie. (0,40 de sulfate de quinine à prendre en quatre ou cinq fois à une heure d'intervalle dans une potion : mélange diacodé pour la nuit.)

Le 10, la rougeur a presque complétement disparu ; le gonflement est presque nul ; le pouls est à 80 ; l'appétit revient. (Même prescription.)

Le 11, le pouls est à 72, le gonflement et la rougeur ont entièrement disparu ; la desquamation se dessine partout, on supprime le sulfate de quinine.

La guérison se confirme les jours suivants.

Observation IV. *Erysipèle de la face survenu au sixième jour d'une fièvre gastrique légère et ayant rapidement disparu après l'administration du sulfate de quinine.*

Claudine Gach...., âgée de 18 ans, entre, le 9 novembre 1868, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint Charles, n° 52, au quatrième jour d'un état fébrile très-prononcé, avec nausées, langue épaisse blanchâtre, diarrhée légère, coliques, vive céphalalgie et brisement général.

Après plusieurs selles déterminées par deux verrées d'eau de Sedlitz, la céphalalgie s'était apaisée ainsi que la fièvre, et l'état général était meilleur quand, le 13 novembre, sept jours après le début de la maladie, nous avons constaté le matin à la visite, un érysipèle occupant la joue

gauche, la moitié gauche du front et les deux paupières de l'œil gauche ; le pouls était à 80 : l'état général n'était pas très-mauvais ; les règles coulaient depuis la nuit en avance de 8 jours. (Prescription : 0,30 de sulfate de quinine à prendre dans une potion en quatre ou cinq fois, à une heure d'intervalle.)

Le lendemain 14 novembre, non-seulement l'érysipèle ne s'est pas étendu, mais la rougeur et le gonflement ont très-notablement diminué et la desquamation commence : le pouls est à 100. Même prescription.

Le 15 novembre, apyrexie ; la desquamation s'affirme de plus en plus : (Suppression de la quinine.)

Le 16, guérison complète.

Observation V. *Erysipèle ambulant ayant débuté à la face et promptement guéri après l'administration du sulfate de quinine.*

Claudine Andrée... âgée de 52ans, est admise le 28 mai 1869 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint Charles, 96.

Cette malade a déjà eu un érysipèle de la face, il y a 19 ans.

Le 22 mai après deux jours de prodromes, début de l'érysipèle par le front en même temps que se produit un léger engorgement des ganglions sous maxillaires. L'érysipèle, à partir de ce jour, envahit progressivement tout le cuir chevelu, d'une part et toute le face d'autre part jusque et y compris le menton ; en même temps, la muqueuse buccale se gonfle et devient très-rouge et douloureuse, surtout sur la face interne des joues ; de sorte que le 29 au matin, nous trouvons la malade dans l'état suivant :

L'érysipèle occupe tout le cuir chevelu jusqu'à la partie postérieure du cou, où il forme deux bourrelets rouges et douloureux à la nuque et sur les régions postéro-latérales ;

il occupe de plus toute la face, moins le lobule du nez et la partie médiane de la lèvre supérieure ; il s'étend sur le menton où siégent de grosses phlyctènes et dans toute la région sous-maxillaire.

Toutes ces parties ne sont pas uniformément atteintes : l'éruption très-aigüe sur les parties périphériques, paraît à son déclin sur les points primitivement affectés ; c'est ainsi que la desquamation est assez avancée sur le cuir chevelu et sur la région supérieure de la face, tandis que la peau est très-tendue, chaude, rouge et douloureuse au cou et dans la moitié inférieure de visage : l'œil gauche est complétement fermé, mais la malade commence à ouvrir le droit.

La langue est très-saburrale et se meut très-difficilement à cause du gonflement douloureux de la muqueuse buccale : gonflement qui occupe la face interne des deux joues et le voile du palais de manière à gêner la phonation, la déglutition et même la respiration. Le pouls est à 100, la peau chaude et l'adynamie assez prononcés. (Prescription : potion diacodée pour la nuit et 0,40 de sulfate de quinine administrés en potion dans la journée en cinq ou six fois, d'heure en heure.)

Le 30 mai, le pouls est à 76 ; l'érysipèle n'a pas fait de nouveaux progrès en étendue, et les parties déjà envahies se dégagent manifestement. La malade ouvre facilement les deux yeux ; elle peut ouvrir la bouche et elle déglutit plus aisément : le cuir chevelu est moins douloureux ; la desquamation s'accentue aux oreilles ; état général bien meilleur. (Même prescription.)

Le 31 mai, pouls à 72 ; la nuit a été calme ; la desquamation s'affirme de plus en plus ; le bourrelet périphérique pâlit et s'efface.

Le 1er juin, la desquamation commence à la nuque : apyrexie. La malade demande que l'on augmente son régime.

Le 2 juin, l'érysipèle est partout enrayé. On supprime le sulfate de quinine. Quelques purgations achèvent la guérison, et la malade quitte l'Hôtel-Dieu le 10 juin.

Nous pourrions multiplier ces exemples; mais nous pensons que les observations précédentes sont suffisantes pour montrer les heureux effets du sulfate de quinine au moins dans l'érysipèle spontané de la face. Nous n'avons pas eu l'occasion de le donner dans l'érysipèle traumatique, ni dans les érysipèles médicaux, ayant débuté ou étant localisés ailleurs qu'à la face; nous devons même faire remarquer que, dans la plupart des sujets que nous avons eu à traiter, nous n'avons observé ni ces croûtes dans le nez, ni ces légères écorchures qui, d'après la remarque de Trousseau, sont si souvent le point de départ de l'érysipèle facial. La maladie ne présentait donc rien de traumatique.

C'est là un trait commun que nous retrouvons dans toutes nos observations ; mais, dans toutes, les allures de la maladie ont été loin de se ressembler, ainsi que l'on peut en juger par les exemples que nous avons donnés : tantôt l'affection s'est compliquée d'adynamie et de délire, comme dans l'observation I; tantôt elle a présenté une tendance marquée à la déambulation, comme dans l'observation V; tantôt elle s'est produite chez des sujets scrofuleux, comme dans l'observation II; d'autres fois, c'est consécutivement à une autre affection qu'elle a apparu avec une rougeur médiocre et une sorte d'état fruste de l'éruption, comme dans l'observation III; dans plusieurs cas, l'érysipèle occupait non-seulement la peau, mais encore la muqueuse buccale, comme dans l'observation V; enfin, tantôt c'est dès le début de l'éruption, comme dans le fait IV, et tantôt quelques jours après que nous avons administré le sulfate de quinine; et, malgré des conditions

aussi diverses, nous avons vu le médicament produire des effets très-marqués.

Certainement, ces effets n'ont pas été aussi complets et aussi heureux dans tous les cas que nous avons traités. Nous aurons à étudier les faits où le médicament a paru avoir été d'une médiocre utilité; examinons actuellement comment la maladie s'est comportée dans les cas heureux.

Nous devons dire tout d'abord que le remède est le plus souvent bien toléré : la faible dose à laquelle on l'administre, le grand nombre de fois et l'espace de temps dans lesquels on répartit cette dose permettent de donner le sulfate de quinine, même dans les cas où la langue est rouge et sèche, comme dans notre première observation. Quelques rares malades cependant refusent le sel de quinine. C'est ainsi qu'une malade névropathique (Adèle Com....., entrée le 3 décembre 1868 à Saint-Charles, n° 76), atteinte d'un érysipèle ambulant, ayant éprouvé de la diarrhée et des coliques dès les premières cuillerées de la potion, refusa de continuer le médicament. Chez cette femme, l'érysipèle parcourut la face, le cuir chevelu, tout le tronc et les membres supérieurs et ne s'arrêta qu'à la naissance des cuisses au vingt-sixième jour de son apparition. A peu près à la même époque se trouvait dans le service une malade (Marie Ser..., entrée à Saint-Charles, 98, le 27 novembre 1868), dont l'érysipèle était arrêté dans sa marche et entrait en desquamation le treizième jour de l'administration du sulfate de quinine.

Cette différence dans les allures des deux maladies qui se présentaient avec des caractères à peu près semblables au début, mais dont l'une était traitée par le sel quinique, tandis que l'autre était soumise à un autre traitement, frappa les différentes personnes qui fréquentaient le ser-

vice, et est bien faite pour souligner l'heureuse influence du remède.

Voici, en effet, comment, le plus souvent, les choses se passent.

Dès le lendemain de l'administration du sulfate de quinine le pouls a tombé, la peau est moins chaude, en un mot, il y a moins de fièvre; le malade se sent moins abattu; l'érysipèle s'est arrêté dans sa marche.

Le surlendemain, la fièvre est presque nulle; le malade se sent bien; la rougeur des parties est bien moindre, et le gonflement diminuant, la peau présente au niveau de l'érysipèle quelques rides vers lesquelles l'épiderme commence à se fendiller.

Le jour suivant, apyrexie. Le malade demande à manger; la rougeur et le gonflement sont en grande partie tombés, et la desquamation s'affirme très-évidemment. La convalescence commence.

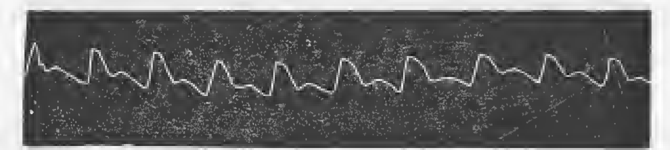
Ainsi, en trois jours, le mal est non-seulement enrayé, mais encore conjuré, tandis que l'on sait que l'érysipèle bénin met dix ou douze jours pour parcourir ses différentes phases. La malade de notre première observation avait déjà eu un érysipèle antérieurement. Il dura quinze jours. Sous l'influence du sulfate de quinine, administré cette dernière fois le troisième jour du mal, la convalescence se dessinait le troisième jour de la médication, et, pendant ce temps, une compagne de notre malade, atteinte quelques jours avant elle, était encore en pleine éruption dans son couvent. La malade de notre seconde observation raconte que, toutes les années, au printemps, elle a un érysipèle de la face qui dure une dizaine de jours. Cette année, elle entre en convalescence le cinquième jour de la maladie et le troisième de l'administration du sel de quinine.

Ces faits nous paraissent avoir une valeur que l'étude des tracés sphygmographiques vient encore corroborer.

En effet, sous l'influence de la quinine, non-seulement le pouls perd de sa fréquence, mais sa tension augmente et sa forme se modifie de la manière la plus sensible, ainsi que l'indiquent les tracés suivants.



N° 1. — Anna R... la veille de l'administration de la quinine.



N° 2. — Anna R... après le 1er jour de la médication.

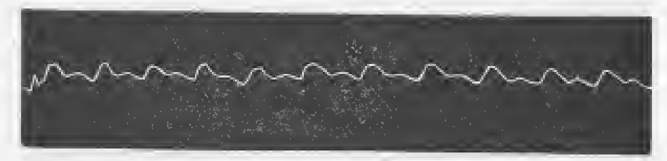


N° 3. — Anna R... après le 2e jour de la médication.

On peut voir, par les figures précédentes, qu'au moment de la prescription du sulfate de quinine, le pouls, très-fréquent, était en même temps ample et *vide*, à très-faible tension, c'est-à-dire en rapport avec l'état adynamique de la malade. Dès le lendemain de l'administration du sulfate de quinine, il avait perdu ces caractères adynamiques pour prendre ceux du pouls légèrement fébrile. Enfin, le surlendemain, il présentait les caractères du pouls apyrétique normal.

Les tracés suivants montrent les mêmes modifications sous l'influence du sulfate de quinine, quoique à un degré

moins prononcé. Ils appartiennent à une femme atteinte d'un érysipèle de la face et à laquelle nous avons déjà fait allusion (Marie Ser..., Saint-Charles, 98).



N° 4. — Marie Ser... avant la médication.



N° 5. — Marie Ser... le lendemain de la médication.



N° 6. — Marie Ser... le surlendemain,

Le jour même de l'administration du médicament, le pouls fréquent a une tension médiocre; le tracé présente un dicrotisme très-prononcé, et la ligne se rapproche de l'horizontale. Ces caractères sont bien moins visibles le lendemain et ne sont plus appréciables le surlendemain, jour où le tracé a repris sa forme normale.

Toutes les parties atteintes d'érysipèle ne sont pas également influencées par le sulfate de quinine. Il nous a paru que l'action du médicament se faisait sentir moins promptement sur l'érysipèle des muqueuses que sur celui de la peau ; c'est, du moins, ce que nous avons remarqué chez une jeune fille qui, outre un gonflement très-intense avec

rougeur de la face, présentait, du côté de la muqueuse buccale, un processus érysipélatode très-manifeste, qui s'était produit conjointement avec celui des parties extérieures sans communication du dedans au dehors, ni du dehors au dedans par les orifices naturels. La muqueuse des joues, celle du voile du palais et du pharynx étaient très-rouges, très-gonflées, et l'épiderme qui les recouvrait était ramolli et se détacha plus tard en pseudo-membranes blanchâtres. 30 centigrammes de sulfate de quinine firent tomber en deux jours l'érysipèle sur les parties cutanées, mais l'éruption persista encore deux ou trois jours sur les parties muqueuses.

Chez la jeune fille qui fait le sujet de notre observation V, et chez laquelle la rougeur et le gonflement de la muqueuse buccale s'étaient développés parallèlement aux accidents extérieurs, sans continuité, par les orifices naturels, l'érysipèle s'amenda plus promptement sur la face que dans la bouche.

Il est aussi certains états généraux de l'économie qui paraissent contrarier les heureux effets du sulfate de quinine sur l'érysipèle.

Nous avons, par exemple, observé plusieurs fois cet exanthème sur des rhumatisants en pleine poussée rhumatismale, et avec des allures particulières qui nous portent à croire à l'existence de l'érysipèle rhumatismal et à penser que souvent cet érysipèle est une localisation cutanée du rhumatisme aigu ou même chronique, pouvant alterner avec les localisations articulaires, cardiaques, pleurétiques, pneumoniques ou autres. Dans ces cas, l'érysipèle présente une sorte de mobilité et une tendance à récidiver qu'il n'a pas dans les autres circonstances. Il nous a semblé que le sulfate de quinine était impuissant à modifier ces caractères. Sous son influence, nous avons vu la localisation cutanée du rhumatisme disparaître rapidement,

mais pour reparaître une ou même plusieurs fois aussitôt après la cessation du médicament.

C'est, par exemple, ce que nous avons observé chez une jeune fille de 18 ans, atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu qui débuta cinq jours avant un accouchement au huitième mois de la grossesse. Cette fille (Marie B..., couchée au n° 93 de la salle Saint-Charles), fut prise d'un érysipèle de la face le 30 novembre 1868, au vingtième jour de son rhumatisme.

Le 3 décembre, administration du sulfate de quinine à la dose de 30 centigrammes.

Le 4, l'érysipèle pâlit et s'affaisse.

Le 5, il est complétement éteint, et l'on supprime le sulfate de quinine.

Le 21 décembre. — Depuis hier soir, récidive de l'érysipèle facial : 30 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 22, diminution considérable de la rougeur et du gonflement.

Le 24, l'érysipèle a complétement disparu. On ne supprime le sulfate de quinine que le 26.

Le 7 janvier, retour de l'érysipèle de la face, qui s'éteint bientôt sous l'influence de la quinine pour reparaître le 14 janvier.

Pendant ce temps, les douleurs articulaires, localisées surtout à un poignet, présentaient des alternatives irrégulières de rémission et de recrudescence.

Citons encore parmi les conditions défavorables au succès du sulfate de quinine le caractère ambulant de l'érysipèle. Nous avons vu, dans notre observation V, la maladie être très-promptement enrayée, malgré des tendances très-marquées à la déambulation ; nous n'avons pas été aussi heureux chez une jeune fille de 20 ans (Marie Bl...), entrée le 1er décembre 1868, au n° 101 de la salle Saint-Charles.

Cette jeune fille fut prise, le 22 novembre, d'un érysipèle qui avait débuté à la face après trois jours de prodromes et qui envahit successivement et progressivement de haut en bas toute la surface cutanée, *à capite ad calcem.*

Le sulfate de quinine, donné à la dose de 30 centigrammes le 2 décembre, au dixième jour de l'éruption, fit tomber le pouls, diminua considérablement la rougeur et le gonflement des parties, mais ne put arrêter la marche de l'érysipèle, qui, transformé en un simple érythème, atteignait les pieds le 9 décembre. Du 22 novembre, époque de son début, au 3 décembre, époque où fut commencée l'administration du sulfate de quinine, l'érysipèle avait parcouru la tête et le tronc jusqu'aux régions fessières. Du 3 décembre au 9 décembre, c'est-à-dire pendant l'administration du remède, il finit sa course en parcourant toute l'étendue des membres inférieurs.

Dans un autre cas, une blanchisseuse de 28 ans, entrée le 28 septembre 1869, au n° 96 de la salle Saint-Charles, vit son érysipèle n'être que très-médiocrement influencé par le sulfate de quinine. L'éruption, après avoir débuté le 25 septembre par le dos du nez, envahit progressivement le cuir chevelu, le cou et la nuque, malgré l'administration du médicament, qui fut commencée le 29 septembre et continuée jusqu'au 5 octobre, époque à laquelle il provoqua des vomissements. L'érysipèle ne commença à pâlir que le 6 octobre, au sixième jour de la médication, et ne fut complétement éteint que le 8 octobre, c'est-à-dire le treizième jour de la maladie.

Le sulfate de quinine diminua la fièvre, la rougeur et le gonflement; peut-être eut-il une certaine influence sur la marche de la maladie, qui, sans lui, peut-on croire, aurait continué avec le caractère ambulant du début. Mais ce n'est là qu'une hypothèse, et nous ne donnons ce fait que

comme un succès très-contestable, en faisant remarquer que l'érysipèle était ambulant, et, ce que nous n'avions pas encore dit, qu'il était accompagné d'un érysipèle interne de la muqueuse buccale, deux conditions que nous croyons peu favorables au sulfate de quinine.

Il résulte de tous ces faits que le sulfate de quinine, comme tout médicament, a dans l'érysipèle ses indications et ses contre-indications. Nous avons cherché à montrer quelques-unes des circonstances qui semblent nuire à son action; mais nous avons voulu montrer aussi que l'on pouvait utiliser dans ce médicament d'autres propriétés que ses propriétés névrosthéniques ou ses propriétés antipériodiques. Est-ce réellement son action *antidiffusante* sur les leucocythes qui le rend précieux contre l'érysipèle? Nous ne saurions l'affirmer aujourd'hui; nous avons besoin de nouvelles observations et de tenter une sorte de contre-épreuve avec d'autres substances réputées bons toxiques des globules blancs du sang; mais ce que l'on peut affirmer, c'est que cette hypothèse n'a rien d'invraisemblable, que l'anatomie pathologique et l'expérimentation physiologique lui donnent un appui incontestable, et que la clinique ne lui est pas non plus défavorable.

Ainsi, nous croyons pouvoir conclure des faits précédents que :

1° Le sulfate de quinine, administré à doses modérées et fractionnées, arrête promptement la marche de l'érysipèle non traumatique de la face et l'éteint complétement le plus souvent du second au troisième jour de son administration;

2° Les effets de ce médicament sont moins évidents dans les érysipèles ambulants et dans ceux qui paraissent sous l'influence d'états constitutionnels, comme le rhumatisme;

3° Les recherches des micrographes modernes sur la

diffusion des leucocythes portent à penser que c'est en s'opposant à cette diffusion que le sulfate de quinine agit sur l'érysipèle ;

4° Il serait intéressant d'étudier cliniquement, comme moyen de contrôler cette hypothèse, les autres substances que l'expérimentation a appris être peu favorables à la diffusion des globules blancs du sang. Nous nous réservons d'exposer plus tard les recherches que nous avons entreprises dans ce sens avec le perchlorure de fer.

Dr Perroud.

DE L'INDURATION CHANCREUSE CHEZ LA FEMME

Par le Dr Alfred FOURNIER

Médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la faculté de Paris

(Extrait d'une leçon professée à l'hôpital de Lourcine)

(*Suite et fin.*)

.... Autre question non moins importante que la précédente et demandant comme elle à être sérieusement débattue : *l'induration est-elle un signe constant du chancre syphilitique chez la femme* ? En d'autres termes, n'y a-t-il chez la femme que des chancres *indurés* qui préludent aux manifestations constitutionnelles de la vérole ?

C'est ce grave problème que, sans aucun doute, vous avez entendu discuter bien souvent et résoudre d'une façon aussi hardie que légère par les propositions suivantes : « L'induration ne se produit que rarement chez la femme, et, chez elle, le chancre mou tout aussi bien que le chancre induré peut servir d'exorde à la vérole. Conséquemment, il n'est pas de différences pronostiques à instituer entre le chancre induré et le chancre mou, puisque tous deux aboutissent aux mêmes accidents ultérieurs. Conséquemment aussi, le chancre induré et le chancre mou, loin d'être deux affections indépendantes, ne sont que des expressions diverses d'une seule et même maladie. » — Autant de propositions, autant d'erreurs, comme j'espère vous en convaincre dans le cours de ces conférences.

D'après ce simple énoncé du sujet que nous allons traiter, vous avez déjà jugé que nous sommes ici au cœur des plus délicates et des plus difficiles questions de la syphi-

liographie. Discutons-les avec le soin qu'elles réclament.

A la question posée comme je viens de le dire « l'induration est-elle un signe constant du chancre syphilitique chez la femme ? » je n'éprouve pour ma part aucune hésitation ni aucun embarras à répondre:

Non, l'induration, en tant que signe clinique, n'est pas un caractère *absolument constant* du chancre syphilitique chez la femme ;

Oui, l'on observe parfois chez la femme des chancres syphilitiques sous la base desquels il est impossible cliniquement de percevoir l'induration.

Mais j'ajoute aussitôt :

Chez la femme comme chez l'homme, l'induration est un signe presque constant du chancre syphilitique ; c'est même assurément de tous les signes qui composent sa caractéristique, l'un des moins variables, des moins sujets à faire défaut ;

Chez la femme comme chez l'homme, *le chancre syphilitique non induré est une exception rare.* Cette absence d'induration, dans les cas où elle est réelle, est le plus souvent imputable à des conditions locales qui masquent le symptôme, le dérobent, le rendent inaccessible à l'exploration. En dehors de ces conditions, le chancre syphilitique non induré est une anomalie des plus exceptionnelles, une véritable *curiosité* pathologique par sa rareté.

Du reste, Messieurs, ne vous méprenez pas sur le véritable intérêt des questions que nous nous préparons à débattre. Il n'est pas dans ce fait que l'induration puisse faire défaut plus ou moins souvent sous la base du chancre de la femme; il est tout entier dans les déductions qu'on a tirées de ce fait, au point de vue d'une assimilation à établir entre le chancre syphilitique non induré et une espèce morbide très-différente, le chancre simple. Vous allez me comprendre.

Qu'importe en effet que l'induration, chez la femme ou chez l'homme, puisse faire défaut à la symptomatologie du chancre? Quoi d'étonnant, quoi d'insolite à cela? L'induration, en somme, n'est qu'un signe et rien de plus. C'est l'expression sensible du néoplasme syphilitique initial suffisamment développé pour se révéler au clinicien par un phénomène appréciable. Or est-il beaucoup de signes en pathologie qui soient absolument constants et que l'on rencontre à coup sûr dans tous les cas d'une affection donnée? N'est-ce pas au contraire le sort commun de toutes les maladies de se présenter souvent à l'observation sous des formes plus ou moins incomplètes, *frustes* comme on les appelle? Et ce ne sont pas seulement alors leurs symptômes secondaires, accessoires qui leur font défaut; ce sont parfois même leurs symptômes propres, les plus essentiels, les plus caractéristiques. S'il y a par exemple quelque chose de pathognomonique en séméiologie, c'est à coup sûr la crépitation des fractures. Eh bien, la crépitation est-elle constante dans toutes les fractures? Certes non. Peut-elle manquer, manque-t-elle souvent? Certes oui. Est-ce qu'une fracture ne peut exister qu'à la condition de se présenter au chirurgien avec une crépitation bien appréciable? Le supposer serait absurde. — De même toutes les pneumonies s'accusent-elles invariablement par le râle crépitant, leur signe essentiel, propre? Pas davantage. Ce signe échappe souvent au clinicien, soit que la pneumonie soit centrale, profonde, soit qu'on arrive trop tard pour le constater, soit encore pour bien d'autres raisons. N'a-t-on pas signalé de même dans bon nombre de maladies l'absence possible de certains de leurs signes les plus importants et les plus habituels, des taches lenticulaires dans la fièvre typhoïde, des vomissements dans les tumeurs cérébrales, de la fièvre dans les affections les plus communément fébriles, de la diarrhée dans le choléra, des éruptions dans les fièvres

éruptives, etc., etc.? Et ainsi de cent autres exemples qu'il serait superflu de vous énumérer ici.

Donc, de par l'analogie, de par le bon sens, l'induration peut manquer dans la symptomatologie du chancre, tout comme tel autre signe dans telle autre maladie, sans que pour cela le chancre soit modifié dans sa nature et son essence.

Ce n'est pas en effet l'induration qui constitue le chancre, pas plus que ce n'est la crépitation qui constitue la fracture.

Ce n'est pas l'induration qui donne au chancre la qualité syphilitique; c'est l'essence syphilitique du chancre qui lui imprime le caractère *induration*.

Le chancre en un mot n'est pas syphilitique parce qu'il est induré; il est induré, au contraire, parce qu'il est syphilitique. — Et il est syphilitique sans induration, tout comme il le serait en l'absence de tout autre de ses caractères les plus habituels.

Cela est très-simple, n'est-ce pas? Et il ne semblerait guère qu'une telle question pût soulever de grands débats. Eh bien, détrompez-vous. Nous touchons en ce moment à l'un des points de la syphiliographie qui a donné lieu aux controverses les plus vives, qui a été le plus fréquemment et le plus ardemment discuté. Et le croiriez-vous, c'est à l'aide d'un véritable syllogisme, je dirais presque *d'un jeu de mots*, qu'on a porté l'obscurité dans cette question si simple. Vous allez en juger du reste.

De l'aveu général, l'induration du chancre syphilitique peut, comme je viens de vous le dire, faire défaut en certains cas. S'emparant de cet argument, certains auteurs ont raisonné de la façon suivante:

« La syphilis — cela est acquis — peut succéder à un chancre non induré; — or un chancre qui n'est pas induré, *c'est un chancre mou*; — donc le chancre mou peut servir de prélude à la vérole. »

Et, conséquents avec ces prémisses, les mêmes auteurs ont ajouté :

« Puisque le chancre mou prélude quelquefois à la vérole au même titre que le chancre induré, c'est qu'évidemment il est identique à ce dernier comme nature. Il n'en diffère que par un symptôme en moins, l'induration ; mais il est susceptible des mêmes conséquences et dérive du même virus. Donc il est inutile de décrire ces deux chancres comme deux maladies indépendantes et étrangères l'une à l'autre; ce ne sont que des expressions différentes d'une seule et même maladie, la vérole. »

Voyez à quelles conséquences doctrinales aboutit cette argumentation !

Mais si vous avez bien suivi ce raisonnement, Messieurs, vous en avez déjà saisi le défaut. Toute la série des déductions qui le composent reconnaît pour base cette affirmation contenue dans les prémisses : « *un chancre non induré est un chancre mou* ». Que ce terme du syllogisme soit erroné tout l'échafaudage des propositions subséquentes s'écroule aussitôt. Or ce n'est que par un étrange abus de langage qu'on assimile ici deux choses essentiellement différentes, le chancre non induré et le chancre mou, et cet artifice grossier ne saurait surprendre votre jugement.

Que, dans le langage vulgaire, ces deux mots de chancre non induré et de chancre mou représentent à l'esprit la même idée, je ne vais pas à l'encontre. Mais la clinique a aussi sa langue à elle; elle a ses mots, ses termes, auxquels, bons ou mauvais, elle rattache un certain sens convenu. Or, en clinique, cette dénomination de chancre mou est appliquée non pas à tout chancre dont la base est molle, dépourvue d'induration, mais à une espèce particulière de chancre, à une maladie spéciale, caractérisée par un ensemble de symptômes et de signes qui lui appartiennent en propre. Pour nous, médecins, un chancre mou

n'est pas seulement un chancre dont la base est molle, mais un chancre jouissant de tels ou tels autres attributs et constituant une espèce pathologique d'un ordre donné. Qu'un chancre d'une espèce différente présente par aventure une base molle, ce ne sera pas pour cela un chancre mou, et il ne pourra être permis de le désigner comme tel, sous peine de tomber dans la plus désastreuse cacologie. En dépit de sa base molle, ce sera toujours un chancre d'une espèce différente, de même qu'une pneumonie par exemple restera toujours une pneumonie malgré l'absence d'un de ses signes habituels ou l'existence d'un symptôme insolite. D'après cela, un chancre syphilitique qui ne présente pas à sa base l'induration usuelle ne saurait être dit un chancre mou; c'est un chancre syphilitique à base molle, et voilà tout. L'assimiler à un chancre mou par cela seul que sa base est souple, c'est oublier que d'une part il peut être syphilitique par d'autres caractères que ceux de sa base; c'est méconnaître d'autre part que le chancre mou n'est pas sans présenter accidentellement une assise plus ou moins résistante. Dire qu'un chancre non induré n'est autre chose qu'un chancre mou, c'est commettre un étrange abus de langage en clinique; c'est jouer sur les mots; c'est, à la faveur d'une ambiguïté de termes, confondre à plaisir des choses très-différentes et introduire dans la science sous le couvert d'une synonymie captieuse, la plus déplorable des confusions.

Cela compris, si le chancre syphilitique non induré n'est pas identique à un chancre mou, que deviennent les déductions subséquentes qu'on a cru pouvoir tirer de l'assimilation factice de ces deux espèces morbides dans l'argumentation paradoxale que je combats? Naturellement et forcément elles ont le sort des conclusions d'un syllogisme à prémisses erronées. Elles tombent d'elles-mêmes n'ayant plus de base; elles sont non avenues, elles n'ont

pas raison d'être. De cette identité artificiellement établie à l'aide d'un abus de langage entre le chancre syphilitique dépourvu d'induration et le chancre mou, on s'était cru autorisé à conclure à une identité de nature entre ces deux chancres, et par suite à l'existence d'un virus unique susceptible de manifestations morbides différentes. Que reste-t-il de cela? Rien absolument. Chancre non induré et chancre mou sont choses très-différentes, comme nous venons de le dire; donc il n'est aucune induction à tirer de ce caractère particulier, l'état de la base, la rénitence ou la souplesse de l'assise chancreuse, pour ou contre l'identité de nature de ces deux lésions, le chancre syphilitique et le chancre mou. Voilà ce que dit le simple bon sens; voilà ce que démontre la clinique à sa suite.

Tout cela du reste, Messieurs, n'a qu'une importance bien plutôt doctrinale que pratique. Et je regretterais de vous avoir si longtemps arrêtés sur ce point si je n'avais tenu à vous tenir en garde par la discussion qui précède contre une confusion des plus communes contre un véritable piége tendu à votre bonne foi. Pratiquement, en effet, vous ne serez que bien rarement aux prises, je vous le répète encore, avec cette difficulté spéciale du chancre syphilitique non induré. Chez l'homme tout d'abord, l'induration chancreuse s'offrira à vos doigts d'une façon manifeste et patente, sinon toujours, du moins dans l'énorme majorité des cas. Et chez la femme même ce précieux signe diagnostique ne vous fera défaut que dans un certain nombre de cas bien restreint, pour peu que vous le recherchiez avec attention, avec étude, suivant les règles que je vous ai formulées précédemment, et dans les conditions où vous pouvez le rencontrer. — Voulez-vous pour vous en convaincre une preuve numérique? Je puis vous la fournir en terminant.

Je prends au hasard cent cas de chancres syphilitiques observés chez la femme, ici même, dans cet hôpital. Sur ce nombre, combien de fois nous a-t-il été permis, à mes élèves et à moi, de constater l'induration et de la consigner dans nos notes? Combien de fois s'est-elle au contraire dérobée à notre examen? Le voici très-scrupuleusement.

Sur ces cent faits, *pris au hasard*, je vous le répète, les premiers qui me soient tombés sous la main, je trouve que quatre-vingt-sept fois l'induration s'est présentée à nous d'une façon soit très-manifeste, soit suffisante pour un diagnostic bien certain. Treize fois au contraire elle nous a fait défaut.

Voyez d'abord cette proportion : quatre-vingt-sept fois contre treize. N'est-elle pas déjà très-significative ?

Mais allons au fond des choses. Examen fait de ces treize cas exceptionnels, je trouve que pour huit d'entre eux l'induration n'a pas été perçue parce que la base du chancre n'était pas *explorable*, parce qu'elle ne pouvait être saisie entre les doigts, parce qu'elle se dérobait à nos investigations. Ces huit cas, en effet, sont relatifs à des chancres du col, de l'anus et de l'entrée du vagin, toutes régions où, comme je vous l'ai déjà dit, le chancre se prête mal ou ne se prête pas à une appréciation minutieuse de l'état de sa base. Un signe qu'on n'a pas la liberté de rechercher ou d'apprécier ne saurait être considéré comme un signe absent; donc, en toute justice, il nous faut défalquer de notre statistique ces huit faits d'un ordre tout spécial.

Reste donc au total cinq cas sur cent dans lesquels l'induration n'a pas été constatée par nous. Et ces cinq cas se répartissent comme il suit :

Quatre dans lesquels l'induration était assez faiblement accusée pour demeurer douteuse;

Un seul dans lequel nous n'avons pu absolument percevoir le moindre indice d'une rénitence sous-chancreuse.

En somme cinq fois sur cent cas, *cinq fois seulement*, notez bien ceci, Messieurs, l'induration nous a fait défaut, en tant que signe clinique, pour servir d'élément au diagnostic que nous cherchions à établir.

De tels chiffres n'ont pas besoin de commentaires. Et, sans insister davantage sur ce sujet, je termine cette conférence en vous disant que l'observation clinique la plus rigoureuse — d'accord sur ce point avec les faits d'expérimentation — permet d'établir comme une vérité des mieux démontrées et des plus incontestables la proposition que voici :

Sans être absolument constante, l'induration du chancre syphilitique chez la femme est tellement habituelle, tellement commune, qu'on peut taxer d'exceptionnels les cas où elle fait défaut.

Dr A. Fournier.

DES

RÉSULTATS CLINIQUES ET SCIENTIFIQUES

OBTENUS

AVEC LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE SUBLIMÉ A PETITES DOSES

DANS L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS

PAR LIÉGEOIS

Chirurgien de l'Hôpital du Midi.

(*Suite.*)

Après avoir fait sur des lapins les expériences précédentes, j'ai voulu m'assurer de l'influence de doses plus fortes que celles précédemment employées; un lapin fut mis aux injections, cette fois à la dose de 2 mm. par jour, dissous dans 2 grammes d'eau. Deux injections furent faites avec cette solution ; ce lapin reçut 52 injections. Le 2 août au début de l'expérience, il pesait 2,850 grammes. Le 30 août il pesait 2,100 grammes. Alors il était d'une faiblesse considérable, se tenait avec peine sur ses pattes. Le 2 juin il fut trouvé mort.

Enfin, j'ai cherché quelle était la dose du sublimé injecté sous la peau, susceptible de tuer les lapins, pour arriver à ce résultat 0,20 cent. dans 30 gr. d'eau ont du être injectés dans l'espace de 10 à 20 minutes.

TABLEAU N° 10.

Résultats généraux comparatifs des pesées.

NUMÉROS D'ORDRE.	TRAITEMENTS DIVERS.	GAIN.		PERTE.	
		Par individus.	Par kilogrammes.	Par individu.	Par kilogrammes.
		grammes.	grammes.	grammes.	grammes.
1	Sujets non syphilitiques (Régime ordinaire de l'hôpital.	542 5	8 6		jusqu'au 15e jour, gain 1,575 du 15e au 60e jour, gain 198
»	Sujets syphilitiques (Régime ordinaire de l'hôpital.....	»	»	366 66	jusqu'au 15e jour, gain 1,950 du 15e au 60e jour, gain 328
2	Id. (Toniques seuls)..................	674 »	12 »	»	jusqu'au 30e jour, gain 125 du 30e au 60e jour, gain 175
3	Id. (Injections de sublimé seuls)......	1,255 »	20 5	»	jusqu'au 30e jour, gain 1,446 du 30e au 60e jour, gain 3,143
4	Id. (Injections de sublimé et toniques).	2,037 9	33 4	»	jusqu'au 30e jour, gain 266 du 30e au 60e jour, gain 960
5	Id. (Liqueur de Van Swieten...........	640 »	10 3	»	
6	Id. (Proto iodure de mercure).........	»	»	362 »	jusqu'au 30e jour, perte 257 du 30e au 60e jour, perte 403

Ces dernières expériences comparées aux précédentes, démontrent donc que, tandis que chez les animaux sains le sublimé à dose faible, (0,001 mm.) est évidemment reconstituant; à dose moyenne (0,002 mm.) il est débilitant, à dose forte 0,20 cent. il est toxique. Or, l'influence débilitante du mercure à dose moyenne est tout aussi manifeste chez les sujets syphilitiques qu'elle est manifeste dans l'expérience que nous venons de rapporter, car nous avons vu que le proto-iodure de mercure donné à la dose de 10 cent. causait une diminution de poids; nous nous sommes de plus assurés, dans ces derniers temps, que des individus soumis aux injections de sublimé à la dose de 0,06 par jour maigrissaient rapidement.

La connaissance de l'action physiologique du sublimé étant acquise, je me suis demandé de quelle valeur pouvait être l'augmentation de poids chez mes sujets syphilitiques mis aux injections de sublimé à petites doses, au point de vue de l'influence curative de cet agent dans la syphilis. Si l'on consulte, non les résultats généreux contenues dans le dernier numéro, mais les résultats partiels portant sur chaque sujet, on verra qu'en règle très-générale, les malades notés guéris à leur sortie, ont augmenté de poids. Il y a, par conséquent, tout lieu de croire que l'augmentation de travail d'assimilation nutritive, cause certaine de cette augmentation, joue un certain rôle dans la guérison de la syphilis. Mais comme on peut constater, en analysant ce tableau,. que, d'une part, quelques malades ont guéri quoique ayant subi un certain amaigrissement, que seulement d'autre part, un certain nombre de sujets sont sortis améliorés assez, quoiqu'ilsaient augmenté de poids, et reçu un nombre considérable d'injections, comme enfin on peut voir que des malades sortis guéris ont récidivé, quoiqu'ils aient augmenté notablemement de poids. Il paraît bien évident que ce n'est pas dans la suractivité seule du travail

d'assimilation que doit se trouver la solution du problème posé. Du reste, tous les malades sortis guéris, et n'ayant pas eu dans la suite de récidives, auraient-ils acquis sous l'influence des injections, un poids plus considérable, qu'il serait impossible avec cette unique donnée de formuler une théorie quelconque sur l'action curative du sublimé à petites doses. Je me suis demandé alors, si, portant mon attention sur le second facteur du travail nutritif, le travail de désassimilation, je n'arriverais point, en le comparant au premier, à quelque résultat capable d éclairer la question qui m'occupe. Pour cela il fallait évaluer la quantité de matériaux de dénutrition expulsés de l'organisme, pendant toute la durée du traitement, et comparer le résultat général de ces recherches au résultat général obtenu en pesant de temps à autre l'individu soumis à l'observation. N'ayant pas l'habitude des analyses chimiques, je priai M. Byasson, pharmacien en chef du Midi, très-expert en pareille matière, de vouloir bien me prêter son assistance, ce qu'il fit avec un dévouement dont je ne saurais trop le remercier. Seulement les analyses des urines qui devaient être faites chaque jour, demandant à elles seules un temps fort long, M. Byasson ne put s'occuper de la question des pertes insensibles (exhalation pulmonaire et cutanée).

Les analyses d'urine furent donc faites sur quatre sujets atteints d'accidents syphilitiques secondaires, et mis aux injections.

L'un de ces sujets était atteint de syphilides papuleuses confluentes, de plaques muqueuses du scrotum. Ce sujet guérit après 88 injections (44 jours). (Tabl. n° 1.)

Un autre atteint de syphilides papuleuses est sorti guéri après 108 injections (61 jours). (Voy. Tabl. n° 2.)

Un troisième était entré pour des plaques muqueuses confluentes de l'anus et des bourses, des plaques muqueuses des orteils, de la langue, de la gorge ; il est sorti guéri

après avoir reçu 100 injections (50 jours), (Voy. Tabl. nº 3.)

Un quatrième est entré avec une roséole, des plaques muqueuses au prépuce, au gland, au voile du palais. Il est sorti guéri avec 98 injection (49 jours). (Voy. Tabl. nº 4.)

Disons d'abord que sur trois de ces sujets M. Byasson a recherché le mercure dans les urines ; chez l'un d'eux il l'a retrouvé d'un façon bien manifeste ; chez un second sa présence a été douteuse, chez un troisième le résultat fut négatif. On voit donc que, même à la faible dose de 0,004 mm. donné par jour, le mercure peut se retrouver dans les liquides d'excrétion ; déjà, du reste, Grünfeld avait reconnu ce fait ; seulement il pensait que la plus petite quantité de sublimé injecté, qui permette de retrouver le mercure dans l'urine était de 0,012 mm. A coup sûr ces résultats rassureront les antimercurialistes sur l'action funeste que pourrait produire la minime quantité de mercure que l'économie peut retenir s'il elle en retient.

Chaque jour jusqu'à ce que la guérison des quatre sujets en observation fût complète, la quantité d'urine, la densité, la quantité de matières solides, la quantité d'urée ont été notées.

L'urée a été dosée chaque jour en prélevant sur l'urine totale des 24 heures, 50 cent. cubes de liquide, et en appliquant le procédé que M. Byasson a indiqué dans sa thèse ; ce procédé consiste à ajouter à la quantité d'urine précédente 25 cent. cubes d'eau de baryte, on sépare après quelques minutes et, par filtration, le précipité formé, et, au moyen d'une pipette, on mesure 10 cent,. cubes de liquide, que l'on verse dans un vase à précipité.

En ajoutant avec une burette graduée la liqueur mercurielle titrée, et de temps en temps une solution de potasse, sans toutefois rendre la liqueur alcaline, on parvient à voir le précipité jaune, indiquant que toute l'urée a été écipitée. Chaque centimètre cube de liqueur mercurielle,

correspond à 0, gr. 005 d'urée, et il ne peut y avoir, en opérant bien, qu'une erreur au plus de 1/2 cent. cube. Par le calcul, on rapporte l'urée à 1,000 cent. cubes, et puis à l'urine des 24 heures.

Les matières solides sont été déterminées, en s'appuyant sur le résultat suivant des expériences de M. Byasson : chaque degré de densité au-dessus de 1,000 grammes correspond, pour un litre d'urine, à 2 gr. 3 c. de matières solides. Ainsi, que l'on suppose l'urine des 24 heures égale en quantité à 1,000 cent. cubes et la densité égale à 1,020. Les matières solides seront égales à 46 grammes si maintenant la quantité d'urine = 1,400 cent. cubes. et la densité égale à 1,021, le poids des matières solides sera $\frac{2.3 \times 21}{1000} \times 1400 = 67.62$. La quantité des matières solides éliminée dans les 24 heures est donc proportionnelle à la densité et à la quantité d'urine. Le plus souvent la densité varie en raison inverse de la quantité, elle décroît quand la quantité d'urine augmente ; aussi dans les courbes dont nous allons analyser les résultats, la courbe de la densité étant ascendante, celle de la quantité est-elle presque toujours descendante, et réciproquement. La courbe des matières solides, qui dépend à la fois des deux précédentes, ne peut être parallèle à l'une ou à l'autre exactement; en général cependant, elle est parallèle à la courbe des densités.

Les quatre tableaux suivants : 1° donnent le poids des malades à diverses époques de leur séjour à l'hôpital; 2° indiquent le nombre de jours de traitement ; 3° représentent les courbes de la quantité d'urine, de la densité, du poids des matières solides et du poids de l'urée dans les 24 heures. Sachant que pour un homme de 53 kilog. la moyenne de la quantité d'urine est de 1,450 gr. celle de la densité 1,017, celle des matières solides 55 gr., celle de l'urée

34 gr. 50, il est facile en comparant ces chiffres à ceux qui sont consignés dans les tableaux de savoir les modifications qui, chez nos sujets, ont été imprimées à l'urine par le traitement du sublimé injecté à petites doses.

Tableau schematique n° 1, indiquant le poids d'un malade pendant la durée du traitement au sublimé, la quantité d'urine rendue en 24 heures, la densité, le poids des matières solides, le poids de l'urée, par chaque jour.

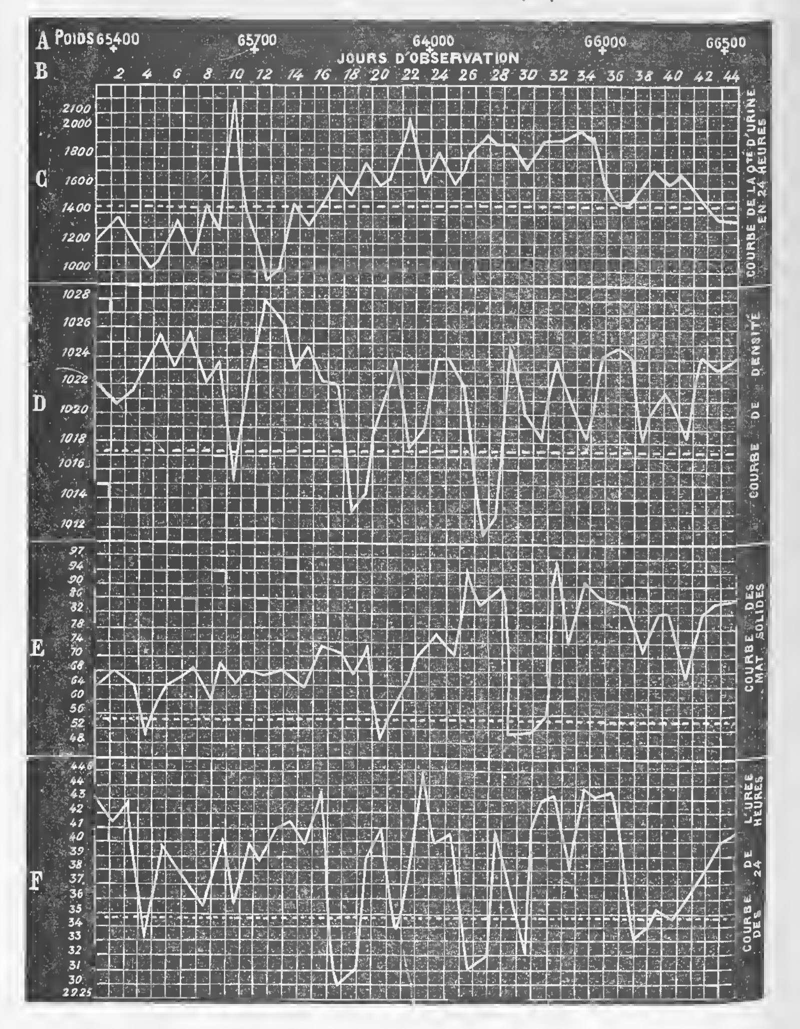


Tableau schematique n° 2.

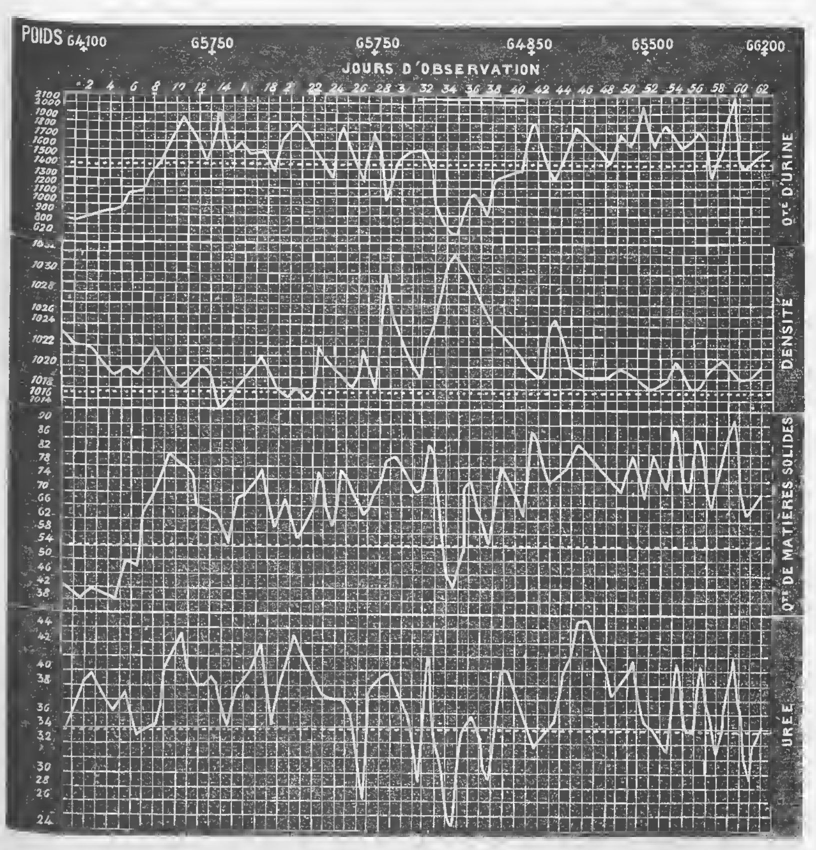
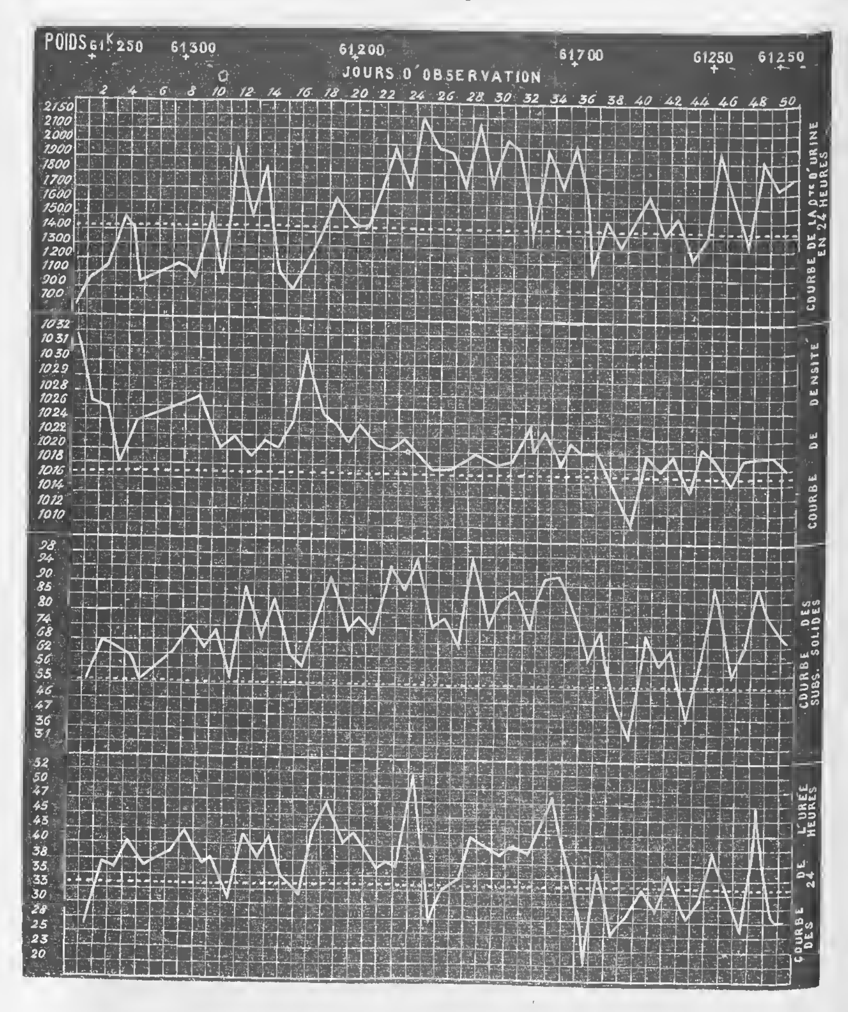


Tableau schematique nº 3.



Dans le 1er le 2e et 3e tableau, on peut voir que la quantité d'eau, la densité, la quantité de matières solides, l'urée, augmentent notablement par rapport aux chiffres normaux de ces divers éléments, auxquels j'ai fait aboutir une ligne horizontale pointillée.

Les courbes des tableaux 1 et 3 s'élèvent dans leur ensemble graduellement jusqu'au 30e jour environ, après quoi elles baissent tout en restant cependant au-dessus du niveau de la ligne qui correspond à l'état normal. La courbe du tableau 2, correspondant à la quantité de matières solides, augmente non-seulement du 1er au 29e jour, mais encore du 41e au 62e jour. Et chose remarquable, l'interruption dans l'élévation de sa courbe qui correspond au temps écoulé depuis le 29e jour jusqu'au 41e, coïncide avec une absence d'injections pendant ce temps. C'est là une preuve bien évidente de l'influence des injections sur les résultats obtenus. Le tableau n° 4 diffère essentiellement des autres. Il indique que la quantité d'eau n'augmente que très-faiblement, encore cela n'a-t-il lieu que pendant un temps limité, qui correspond aux premiers jours de l'expérience; pendant presque tout le temps du traitement, elle est au-dessous du chiffre normal. On voit aussi que la densité de l'urine augmente proportionnellement à l'abaissement de la diminution de la quantité de ce liquide. Le poids des matières solides augmente aussi mais dans des proportions bien inférieures à celles qui sont indiquées dans les autres tableaux. Il est même assez souvent au-dessous du chiffre normal. Mais de même que dans les autres tableaux, il baisse surtout à partir du 30e jour environ. Enfin le poids de l'urée n'est que peu augmenté, et cela au début, à la fin il diminue notablement par rapport à l'état normal.

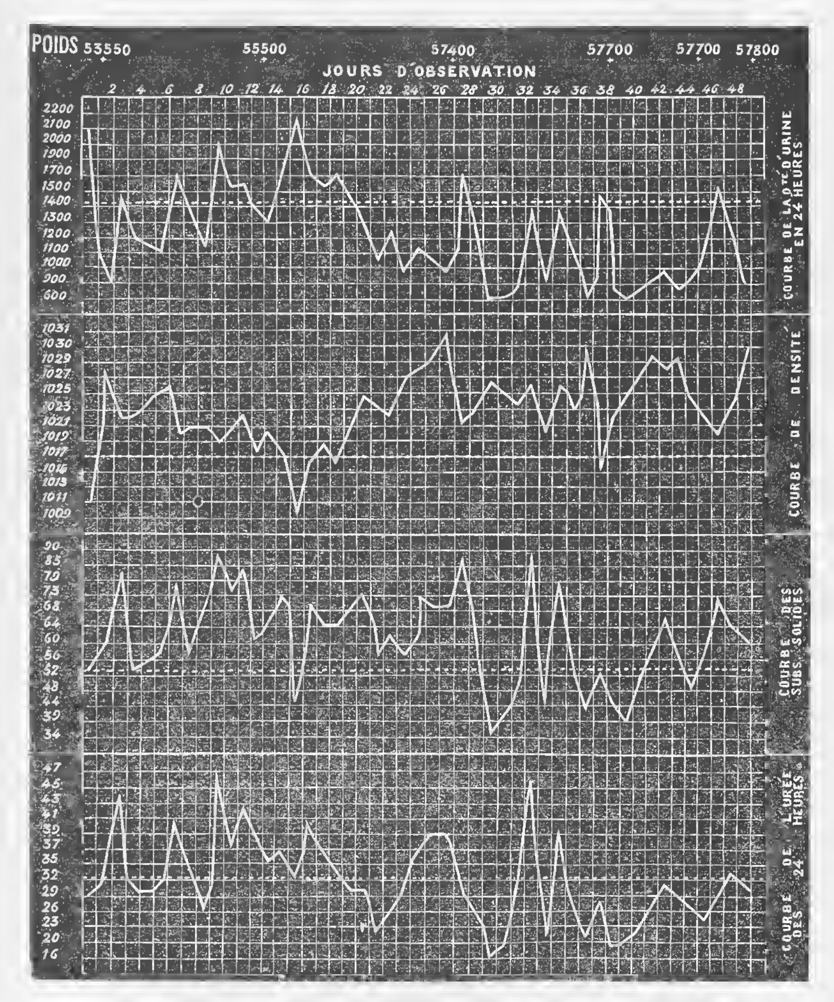
Si maintenant, nous avons égard au poids des sujets pris durant le traitement, on voit que chez l'un (Tabl. n° 4)

l'augmentation de poids s'est faite régulièrement du commencement à la fin de l'expérience chez les trois autres malades (Tabl. nos 1, 2, 3 poids) il a diminué à un moment donné de l'expérience et a dépassé à la fin de celle-ci le poids primitif dans deux cas ; dans l'autre cas, il s'est trouvé le même que le poids initial. Or, malgré l'augmentation de poids, on peut s'assurer, en examinant nos tableaux que les matières solides n'ont pas moins été excrétées en plus grande abondance. On voit même dans certaines courbes que le point le plus culminant du tracé des matières solides correspond au poids le plus fort.

Remarquons encore que les courbes des matières solides sont plus élevées du 15e au 30e jour, qu'à toute autre époque, fait qui s'accorde avec la tendance qu'ont les sujets à perdre plus de poids, ou à moins augmenter pendant ce temps.

Signalons enfin cette importante particularité, c'est que de nos quatre malades un seul a récidivé, et, c'est précisément celui qui a augmenté le plus (Tabl. n° 4.) et cela d'une façon régulière, mais c'est aussi celui qui présentait dans ses urines le moins d'eau, le moins de principes solides, le moins d'urée.

Tableau schematique nº 4.



Il résulte donc que chez les trois sujets qui n'ont pas eu de récidive, les déchets nutritifs de l'organisme se sont traduits par des chiffres de matières solides dont l'augmentation, par rapport à l'état normal, a eu lieu, pendant presque tout le temps du traitement, non d'une façon régulièrement croissante, mais au moins dans l'ensemble des résultats de chaque jour. Il résulte aussi que chez ces sujets cette augmentation de matières solides qui traduit l'activité du travail de désassimilation a été en quelque sorte proportionnelle à l'augmentation de poids qui traduit le travail d'assimilation; toutefois le travail de désassimilation a tendu à l'emporter au début du traitement, le travail d'assimilation à la fin.

Chez le sujet au contraire qui a eu une récidive, l'augmentation de poids est loin d'être proportionnelle à l'augmentation des matières solides; tandis, en effet, que depuis le commencement du traitement jusqu'à la fin, il a augmenté et cela d'une façon graduelle de 42,50 gr., les matières solides rendues par l'urine ont été bien inférieures à celles fournies par les autres sujets, quoique généralement supérieures à celles fournies dans l'état normal; par conséquent, le travail d'assimilation chez ce sujet a dominé d'une façon très-notable le travail de désassimilation pendant tout le temps de l'expérience, N'est-on pas d'après ces résultats en droit d'inférer que ce sujet doit sa récidive à ce que la suractivité nutritive qui s'est faite pendant le traitement n'a pas atteint dans un des facteurs de la nutrition, du moins le degré nécessaire pour amener la guérison durable obtenue chez les trois autres. — On comprendra facilement que l'augmentation de poids, pas plus que la diminution envisagées isolément l'un de l'autre, ne peuvent jamais traduire d'une façon certaine l'activité réelle de ces deux facteurs; elle ne peut traduire sûrement que l'activité de l'un d'eux. Ainsi un individu qui maigrit, chez

lequel par conséquent le travail de désassimilation l'emporte sur le travail d'assimilation, peut cependant recevoir encore dans ses tissus assez de matériaux pour que le travail d'assimilation soit notablement augmenté; par contre, un individu qui engraisse, chez lequel, par conséquent, le travail d'assimilation l'emporte sur le travail de désassimilation, cet individu peut n'avoir qu'un mouvement de décomposition faible, c'est le cas de notre sujet qui a eu une récidive; enfin, et, dans ce cas l'acte nutritif dans son ensemble est ralenti; un individu qui engraisse peut en même temps avoir un mouvement de décomposition encore assez considérable; dans ce cas, l'acte nutritif général est exagéré. Si donc la guérison de la syphilis est subordonnée à la suractivité simultanée des deux facteurs de la nutrition, le poids du corps pendant et après le traitement ne peut point révéler d'une façon certaine si le sujet est ou non destiné à la récidive. Cependant, comme d'après mes observations, les individus qui augmentent d'embonpoint sont ceux chez lesquels les récidives sont le moins souvent survenues, cet élément doit être pris en bien plus grande considération que l'élément contraire.

D'après les résultats comparatifs de nos pesées et de nos analyses d'urine, il n'est guère possible de ne pas voir dans le sublimé à petites doses un agent puissant de rénovation moléculaire, facilitant l'apport et le départ des matériaux de nutrition et de dénutrition, tendant par cela même à modifier dans un temps relativement court, la constitution des tissus, et consécutivement la constitution du sang altéré par l'introduction dans l'économie d'une matière virulente. Ce n'est point en effet, à la présence d'un virus, seulement qu'est due l'infection syphilitique ; il n'y a et ne peut y avoir, comme le pensent encore quelques auteurs, un principe particulier isolé des autres qui par sa seule présence provoquerait les désordres survenant dans l'organisme

syphiltique. Telle est à nos yeux la façon dont on doit comprendre l'infection vénérienne.

Pour comprendre cette action toutefois, il est nécessaire d'être fixé sur le genre d'altération du liquide sanguin dans la syphilis. Depuis Fernel, à part l'école de Broussais, on a fait rentrer les principes infectants de la syphilis dans la classe des virus. Dans l'esprit de la plupart des auteurs syphiliographiques, ces principes ont été considérés comme de véritables entités, qui passant d'un organisme dans un autre, même à dose infiniment petite, se multipliaient par une germination spéciale, tout en restant distincts et isolés des principes appartenant aux humeurs dans lesquels les premiers étaient disposés. Quant à la question de savoir comment le virus syphilitique donnait lieu aux troubles dont l'organisme syphilisé était le siége, cette question a été passée sous silence par presque tous les auteurs. Quelques-uns cependant admirent que le virus syphilitique agissait à la façon d'un poison, c'est-à-dire amenait un trouble matériel ou dynamique dans les tissus, les organes par une action directe du virus sur ceux-ci; dans l'opinion de ces auteurs, le poison vénérien, comme ils l'appelaient, avait son antagoniste, son neutralisant dans le mercure. Telle n'est point pour nous l'opinion que l'on doit se faire sur le mode d'action des principes turbulents; à nos yeux on doit comprendre l'infection vénérienne de la façon suivante : Certains principes immédiats d'une constitution donnée, résident dans l'exsudat chancreux; ceux-ci passant par contagion d'un organisme à un autre, font subir aux principes normaux du sang de ce dernier, par une action de contact, des changements isomériques en vertu desquels leur état moléculaire change et se rapproche avec l'état moléculaire des principes de l'exsudat chancreux. Cette sorte d'altération du sang s'étend insensiblement à toute la masse de ce liquide, et, celui-

ci fournissant encore aux tissus des matériaux plastiques anormaux en quelque sorte, amène de cette façon une diminution dans l'activité des phénomènes nutritifs, et de plus, à un moment donné, amène une aberration de nutrition dans certains tissus, aberration de laquelle dérivent des productions hyperplasiques qui constituent les accidents secondaires. Ce n'est donc point à un virus que la médication mercurielle s'adresse, mais bien à ce trouble de la nutrition dû à un liquide nourricier virulent. Donnée à petite dose elle surexcite dans les tissus généraux de l'organisme à la fois le travail d'assimiliation et de désassimiliation nutritive, provoque ainsi une rénovation, et de leurs propres principes constituant et des principes du sang.

C'est ainsi que le sublimé nous paraît guérir l'état constitutionnel, nous allons voir comment il guérit les productions hyperplasiques.

La guérisons de ces productions se fait, elle aussi, par une simple exagération des phénomènes nutritifs ; seulement, tandis que, pour les tissus généraux de l'organisme, le travail de composition et celui de décomposition sont à la fois augmentés, pour les tissus de formation nouvelle, le travail de décomposition l'emporte sur l'autre, et cela au point d'effectuer la résorbtion totale des matériaux contenus dans leur intérieur.

S'il s'agit, par exemple de plaques muqueuses chez un sujet traité par le sublimé, 5 à 6 jours se sont à peine passés, depuis le début des injections, que ces accidents s'arrêtent dans leurévalution pour prendre une marche rétrograde, jusqu'à l'instant de leur disparition totale. Les mêmes phénomènes se passent dans les autres formes de la syphilis, au bout d'un temps qui est surtout subordonné à la quantité de blastème contenue dans ces productions hyperplasiques. Les formes sèches se dénourissent bien plus lentement que les formes humides, l'eau étant un des éléments les plus

importants qui favorisent le travail de désassimiliation. On peut toutefois hâter la marche régressive des tissus syphilitiques accidentels, en augmentant les doses de sublimé. Ainsi nous avons vu qu'avec une dose de 8 mm. double de celle que j'emploie habituellement, les accidents secondaires mettent moitié moins de temps qu'avec 0,004 mm; avec une dose triple, ils mettent moins de temps encore. Et c'est de cette façon qu'il est toujours possible de se rendre maître de ces accidents, pour ainsi dire à sa guise.

J'ai pu m'assurer aussi d'une autre façon de l'influence dénutritive du sublimé sur les productions néoplasiques. Dès mes premières recherches, j'avais reconnu que chez les sujets atteints de syphilides généralisées, les syphilides du dos pàlissaient, puis disparaissaient avant les syphilides des autres parties du corps. Je crus devoir attribuer ce résultat au passage, dans l'épaisseur même du derme, d'une certaine quantité du liquide injecté dans le tissu cellulaire du dos. J'essayai alors, chez quatre sujets, de faire des injections sous-cutanées dans le tissu cellulaire sous jacent à des plaques muqueuses très-étendues en surface. Au bout de 8, 10, 12 injections, ces plaques s'éteignirent presque totalement. Sur un autre sujet, j'ai fait disparaître par le même moyen et en quelques jours un chancre parcheminé du scrotum, qui avait peu de tendance à la guérison. Deux fois encore j'ai essayé ce moyen pour des chancres du fourreau de la verge, mais j'ai eu deux abcès dès la première injection, ce qui m'a empêché de poursuivre l'expérience.

Enfin, je me suis assuré que les badigeonnages avec la solution de sublimé, telle que je l'emploie généralement, avaient sur la rétrogradation des plaques muqueuses la plus heureuse influence. Par conséquent, que le sublimé arrive au sein même de la production nouvelle par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins, ou par imbibition, soit que

celle-ci se fasse de la face profonde de la peau vers la face superficielle, soit qu'elle se fasse de la face superficielle vers la face profonde sans l'intermédiaire des vaisseaux, toujours il agit dans le même sens, c'est-à-dire qu'il favorise par sa présence les phénomènes de dénutrition.

Je ne veux point dire par là, que le sublimé soit le seul agent qui, appliqué localement, fasse disparaître les hyperplasies syphilitiques. Il est de connaissance vulgaire, que les plaques muqueuses, du moins, s'éteignent sans traitement interne, et sous la seule influence d'un traitement local fait avec une solution de nitrate d'argent, de chlorure de zinc, de teinture d'iode etc.

Mais l'action de ces agents est plutôt une action caustique, destructive, qu'une action physiologique. Je dira aussi en passant, que j'ai cherché si l'électricité avait de l'influence sur la guérison de certains accidents secondaires. Chez deux sujets, l'un atteint d'une vaste plaque muqueuse de l'anus, l'autre atteint de syphilides papuleuses, j'ai fait passer pendant dix jours, sur une surface exactement limitée de ces lésions, un courant de la pile de Legendre; chaque fois le courant a passé pendant 10 minutes. L'action a été absolument nulle, peut-être même la plaque muqueuse et les syphilides avaient-elles prises plus de développement. Je dois dire toutefois, que je n'ai pas encore essayé l'influence du courant continu, qui a, selon quelques auteurs, sur les phénomènes de nutrition un effet plus certain que le courant intermittent.

Pour m'assurer de ce travail de dénutrition effectué dans les lésions secondaires sous l'influence du sublimé, il restait à étudier microscopiquement celles-ci à divers temps de leur évolution rétrograde. Nombre de fois j'ai fait cet examen sur des plaques muqueuses, et chaque fois il m'a été facile de reconnaître le rapetissement des noyaux embryoplastiques contenus dans les plaques, et leur tendance

à la désagrégation, au fur et à mesure que le traitement se prolongeait.

Le cas le plus curieux que j'ai observé sous ce rapport est celui d'un sujet atteint de syphilides cornées caractérisées par des plaques, dont les plus larges avaient le diamètre d'une pièce de 50 cent., surélevées en général de 1/2 à 1 millimètre, et d'une dureté considérable. Au début du traitement, l'étude histologique de ces plaques m'avait permis de constater la présence d'abondantes et énormes cellules embryonnaires, de noyaux libres volumineux, analogues à ceux contenus dans l'intérieur des cellules. Les dimensions de ces éléments étaient telles que je me demandais comment l'organisme s'en débarrasserait. Et cependant l'affection céda aux injections de sublimé à petites doses, lentement il est vrai, car il fallut à ce sujet 110 injections. Quand les syphilides furent à leur déclin, je refis l'examen histologique à plusieurs reprises, et je pus constater une atrophie considérable de ces cellules, qui étaient si volumineuses au début de l'affection ; de plus, on trouvait dans le champ de la préparation une quantité considérable de noyaux granuleux très-petits et irréguliers, enfin de nombreuses granulations, résultat de la désagrégation des éléments cellulaires et nucléaires.

On voit donc que, pour les productions hyperplasiques secondaires, sous l'influence du sublimé, le travail de désassimilation n'est plus proportionnel au travail d'assimilation, le premier l'emporte sur le second, c'est là la condition en quelque sorte indispensable de leur disparition. Il est toutefois certains accidents pour lesquels l'activité des phénomènes dénutritifs est désavantageuse à la guérison. Je veux parler des ulcères syphylitiques. On comprend que dans ces cas, en vertu même de ses propriétés dénutritives, le sublimé doive activer au lieu de ralentir le processus ulcératif. Tout récemment j'ai eu l'occasion de

traiter deux sujets atteints de semblables lésions. Chez l'un les injections de sublimé ont été sans résultat, quoique cependant 50 ou 60 furent faites. Les ulcères qui étaient au nombre de quinze, répartis sur divers points du corps, ont continué à se développer ; j'ai eu alors l'idée d'employer l'acide arsénieux en pilules, à la dose de 2 milligrammes par jour, et en peu de temps les ulcères se sont modifiés, la guérison s'est faite aussi rapidement. Chez le second sujet 30 injections de sublimé à faible dose ont été pratiquées; les ulcérations qu'il portait étaient au nombre de 22; les injections n'ont fait qu'augmenter l'étendue de celles-ci ; l'acide arsénieux et les toniques leur ont été substitués avec avantage. Je n'oserais point évidemment encore attribuer à l'acide arsénieux les résultats précédents, quoique même le premier sujet n'ait pris aucun autre médicament que celui-là et n'ait été traité localement que par le vin aromatique, comme il l'avait été pendant qu'il recevait ses injections. Je compte toutefois poursuivre ces recherches, qui me permettent jusqu'ici, au moins, d'espérer que, pour les cas du genre de ceux que je viens de citer, il y a des substances qui passant par le torrent circulatoire agissent en sens inverse du sublimé.

Ici, je dois rapprocher mes vues sur l'action thérapeutique du mercure des vues émises dans ces dernières années par M. le professeur G. Sée. Je regrette seulement de n'avoir entre mes mains qu'un très-court résumé d'une leçon du savant professeur emprunté à un de ses élèves. Se fondant sur ce que la cachexie mercurielle est caractérisée par une dénutrition générale, M. G. Sée admet que le mercure a une propriété dénutritive générale; il dénourrit tout et c'est par ce moyen qu'il détruit les hyperplasies. La syphilis, pour cet auteur, est une maladie essentiellement caractérisée par des hyperplasies, et toutes les lésions produites par le virus syphylitique sont des hyperplasies ou

des gommes. La thérapeutique doit s'attacher à détruire ces lésions et non à poursuivre le virus dans le sang. Le mercure détruit l'hypergenèse syphilitique, il est le modificateur énergique de toutes les syphilides superficielles.

On voit, d'après ce court aperçu, que mes expériences et mes observations confirment pleinement, les vues de M. G. Sée sur l'action dénutritive exercée par le mercure sur les productions hyperplasiques; mais elles sont en opposition avec les vues qui se rapportent à l'action du mercure sur les tissus en apparence sains. La seule raison de cette divergence réside sans doute dans les conditions toutes spéciales, et qui, jusqu'ici, n'ont pas été réalisées, dans lesquelles je me suis placé. Ces conditions sont des conditions de doses ; à petite dose, le mercure excite et la nutrition et la dénutrition des tissus sains, de plus il excite la dénutrition des tissus accidentels. Dans mon opinion, la dose de sublimé que j'emploie est la dose physiologique, qui active sans entrave les phénomènes nutritifs. Le mercure à plus fortes doses produit au contraire dans le sang certaines modifications et notamment la diminution de l'albumine, modifications qui contrebalancent les effets physiologiques qu'il devrait produire en diminuant au moins la quantité de matériaux plastiques qui parviennent aux tissus.

Le sublimé produit donc sur l'organisme syphilitique deux effets différents : d'une part, il suractive dans les tissus généraux les deux facteurs de la nutrition; d'autre part, il suractive dans les tissus accidentels hyperplasiés la désassimilation. Et c'est par ces deux effets combinés qu'il rétablit l'équilibre organique momentanément rompu par la pénétration dans le sang de principes virulents.

Toutefois, ces deux effets n'arrivent pas toujours en même temps au résultat auquel l'un et l'autre concourent. C'est là un point qui, ce me semble, mérite toute l'attention.

Il peut se faire, en effet, que l'état général constitutionnel soit rentré dans son état normal sans que la disparition des accidents secondaires soit effectuée ; par contre, il peut se faire que la disparition des accidents secondaires soit complète, quand l'état général n'est encore qu'amélioré.

Dans le premier cas, la récidive est la règle; alors les accidents secondaires persistant demeurent pour l'organisme entier des foyers de réinfection, dans lesquels celui-ci puise en général les éléments d'une contamination nouvelle. Mais il peut arriver aussi que l'organisme échappe à une contamination nouvelle; et, ce qui le prouve, c'est que tous les sujets, arrivés du moins à un certain degré d'amélioration, ne sont pas fatalement exposés à voir leur état s'empirer après la cessation du traitement. Un certain nombre, rare, il est vrai, guérissent sans présenter de récidives; le fait est incontestable.

Dans le second cas, c'est-à-dire quand l'état général constitutionnel n'est pas complétement rétabli, alors que les accidents secondaires ont disparu, la récidive est encore la règle.

Nous n'avons de ce fait que trop de preuves, car c'est là, sans nul doute la cause de toutes les récidives, chez les sujets qui ont été guéris de tous leurs accidents secondaires, à moins cependant qu'on admette, avec Virchow, que les ganglions lymphatiques peuvent être, pour toute la vie, des foyers d'infection, et cèdent à un moment donné à la circulation générale une certaine quantité de virus qui réinfecte l'organisme. Mais cette opinion est peu probable, car on constate aussi bien des récidives chez les sujets qui ne portent aucune trace d'induration ganglionnaire que chez ceux qui en ont de très-développés.

Certains faits tirés de mon observation donnent à l'opinion que je soutiens une certaine valeur. Nous avons vu que les accidents secondaires guérissaient d'autant plus

rapidement que ceux-ci avaient moins de durée ; mais, par contre, les récidives sont plus fréquentes. Ils guérissent, au contraire, d'autant moins rapidement qu'ils ont plus de durée ; mais, dans ces cas, les récidives sont plus rares que dans le cas précédent. Il est donc probable que, quand les accidents secondaires de date récente s'éteignent facilement, l'état constitutionnel n'a pas été modifié encore suffisamment pour ne plus donner lieu à des manifestations secondaires nouvelles, ce qui n'arrive pas quand la disparition des accidents secondaires a réclamé un long temps.

Rappelons, du reste, que c'est surtout vers le trentième jour que le travail d'assimilation nutritive augmente notablement d'énergie, et que ce travail, qui favorise dans les tissus l'apport d'une plus grande quantité de matériaux plastiques, est des plus utiles pour la rénovation complète du sang et des tissus ; par conséquent, la guérison de l'état constitutionnel, doit être, en règle générale, d'autant plus assurée, que le traitement est poursuivi davantage au delà du trentième jour.

Une autre preuve, c'est que, quand pour guérir la syphilis secondaire, on augmente les doses de sublimé, les accidents cutanés disparaissent vite ; mais, comme je l'ai dit, en comparant le procédé de Lewin au mien, les récidives sont plus fréquentes.

Il me paraît bien évident encore dans ce cas que, quand les accidents secondaires sont éteints, l'état général n'a pas été suffisamment modifié pour qu'il ne se reproduise plus ultérieurement de productions hyperplasiques. Si j'en juge par certains sujets que j'ai soumis dans ces derniers temps à des doses doubles, triples et quadruples de la dose habituelle, et qui ont été pesés, cette augmentation dans les doses cause toujours une diminution de poids pendant la courte durée du traitement. Le sublimé dans ces cas pro-

voque par conséquent non-seulement une suractivité du travail de désassimilation dans les tissus accidentels, mais encore dans les tissus sains. Mais quand le sujet a guéri de ses manifestations secondaires, il lui manque pour rétablir son état constitutionnel l'aide du travail nutritif réparateur. C'est la raison pour laquelle, lorsque pour une cause ou pour une autre je désire intervenir activement sur la disparition des accidents avec de fortes doses, je substitue à celle-ci la dose physiologique 0.004, c'est-à-dire celle qui répare, avant la disparition totale des lésions. Ainsi je prolonge, à la vérité, la durée du traitement, mais je crois mettre davantage à l'abri des récidives.

Dans l'appréciation des effets du sublimé sur l'organisme syphilitique. Il est une condition toutefois dont on doit tenir compte, c'est la condition d'âge qui vient compliquer le problème. Chez les jeunes sujets, chez lesquels, par conséquent, le corps s'accroît, le travail physiologique normal d'assimilation l'emporte sur le travail de désassimilation. Or, chez les jeunes sujets syphilitiques mis au traitement du sublimé, il faut compter avec cette influence, et c'est sans doute la raison pour laquelle la dénutrition des produits hyperplasiques chez ceux-ci est plus lente que chez l'adulte et surtout que chez le vieillard; la loi d'évolution biologique que je viens d'émettre paraît donc défavorable à la marche regressive des productions secondaires, mais elle doit être favorable au rétablissement de l'état général, car, jusqu'ici, je n'ai point encore constaté chez les jeunes sujets de récidive.

Chez le vieillard, contrairement à l'enfant, le travail de désassimilation normal l'emporte sur le travail d'assimilation, le vieillard perd constamment de son poids au fur et à mesure qu'il approche de la fin de son existence. Ici, le travail de désassimilation favorise l'action du sublimé sur la destruction des productions hyperplasiques, qui, comme

nous l'avons vu, disparaissent plus facilement chez le vieillard que chez l'adulte; mais le travail d'assimilation atténué par l'âge, lui est contraire; le vieillard, sous l'influence du sublimé répare plus difficilement ses tissus, il modifie par conséquent moins facilement son état constitutionnel, aussi, chez lui, les récidives sont-elles plus fréquentes que chez l'adulte.

Le sublimé dans son action sur l'organisme doit donc compter avec l'âge des sujets; mais elle doit compter aussi, comme nous l'avons vu précédemment, avec la nature des accidents secondaires, la durée de l'infection. Sans doute, comme nous l'avons déjà dit, ces éléments se mêlent entre eux pour aboutir à une sorte de résultante qui favorise ou entrave dans des limites variable l'action du bichlorure sur l'organisme syphilitique. Jusqu'ici, toutefois, j'ai tout lieu de croire que de tous ces éléments, celui qui domine les autres, celui qui est le plus isolable, c'est la durée de la syphylis. Ainsi j'ai pu reconnaître qu'une jeune syphilis chez un jeune sujet guérit aussi facilement qu'une jeune syphilis chez un vieillard et chez un adulte; une vieille syphilis guérit plus difficilement chez les uns et chez les autres ; la condition d'âge semble donc être primée par celle de la durée de l'infection. Je dois dire cependant que mon attention n'a pas encore été appelée suffisamment sur ce point pour que je sois affirmatif d'une façon absolue.

Nous avons maintenant à nous demander pourquoi, dans le traitement de la syphilis, les préparations mercurielles employées le plus habituellement et administrées par la bouche : proto-iodure, liqueur de Van Swieten, pourquoi les toniques n'ont pas une efficacité d'action égale à celle du sublimé donné en injection. Pour ce qui concerne le proto-iodure et la liqueur de Van Swieten, la raison paraît résider surtout dans la quantité de sels mercuriels introduits dans l'organisme. Et en effet, d'après mes résultats,

0,14 cent. de sublimé, injectés à petites doses dans le tissu cellulaire, suffisent pour la guérison de la syphilis. C'est par conséquent la dose de moins de 3 pilules de 0,05 cent., c'est la dose de dix grandes cuillerées à bouche de la liqueur, et la durée du traitement par ces deux moyens pour obtenir la guérison, doit être au moins de 4 à 6 mois. De telle sorte qu'un individu pendant ces 6 mois, ingère, à supposer qu'il prenne deux pilules de 5 centigr. chacune par jour, 18 grammes de proto-iodure: à supposer qu'il prenne deux cuillerées de liqueur par jour, il ingère 5 gr. 40 centigr. de sublimé, différence énorme par la quantité de sublimé reçue par les injections (en moyenne 0,14 centigr.)

Or, à de telles doses, il n'est pas étonnant que le proto-iodure et la liqueur altèrent la constitution du sang, et, en effet, ils diminuent la quantité d'albumine du sang; de cette façon, ils contrebalancent donc les effets utiles du mercure sur la propriété de nutrition des tissus et notamment sur l'assimilation. Nos pesées en sont la preuve; car, nous avons vu, qu'en moyenne, un individu mis au proto-iodure (2 pilules de 5 centigrammes chacune par jour) perdait 362 grammes; de plus, par cela même, sans doute, qu'il trouve, en entrant à l'hôpital, un régime alimentaire meilleur que son régime habituel, il perd moins avant le trentième jour qu'après. A la vérité, un sujet mis à la liqueur (2 cuillerées à bouche par jour) gagne en poids, en moyenne, 640 grammes, et il gagne surtout après trente jours de traitement. Mais, la dose de sublimé, contenue dans deux cuillerées de liqueur, est bien moins considérable que celle du proto-iodure contenue dans deux pilules. Aussi, n'est-il pas étonnant qu'un grand nombre de praticiens considèrent la liqueur comme étant bien plus efficace dans la syphilis que le proto-iodure. C'est l'opinion de MM. A. Guérin, Langlebert; c'était aussi l'opinion de mon vénéré maître, Grisolle; et, si l'emploi de la liqueur n'a pas toujours été

généralisé par ces observateurs, c'est que, plus que le proto-iodure, elle amène des troubles digestifs qui forcent à cesser ce traitement. On comprend aussi, d'après ce que je viens de dire, pourquoi une bonne alimentation et un régime tonique aident si puissamment ces deux modes de traitement.

Pourquoi maintenant le sublimé à petites doses est-il bien supérieur aux toniques (quinquina, fer) dans le traitement de la syphilis, quoique cependant les toniques interviennent, comme le sublimé, en augmentant l'activité nutritive? Les raisons sont les suivantes : 1° les toniques n'ont aucune influence sur la résorption des productions hyperplasiques, pour peu qu'elles aient un certain développement. Nous avons vu, en effet, que ce traitement ne m'avait donné que des résultats purement négatifs chez deux sujets qui y avaient été soumis; 2° leur inefficacité d'action sur la désassimilation nutritive des productions hyperplasiques est l'indice que le travail de désassimilation de tous les tissus en apparence sains de l'organisme, n'a pas, sous l'influence des toniques, une activité égale à celle qui est mise en jeu par le sublimé ; 3° le travail d'assimilation est loin d'avoir la même énergie sous l'influence des toniques que sous l'influence des mercuriaux. Nous avons vu, en effet, qu'un sujet syphilisé mis aux toniques n'augmentait que de 674 grammes, tandis qu'un sujet mis au sublimé augmentait de 1,255 grammes.

Cette différence d'action entre le sublimé et les toniques dans la syphilis tient, par conséquent, à ce qu'ils n'agissent pas avec une égale intensité sur les deux facteurs de la nutrition, et ce fait me paraît devoir s'expliquer par la façon différente dont ils interviennent. Les substances toniques n'interviennent que d'une façon indirecte en stimulant la fonction du tube digestif, peut-être aussi en introduisant dans le sang des principes qui, communiquant à

celui-ci des qualités plastiques, le rendent plus propre à fournir aux tissus des éléments réparateurs. Il y a tout lieu de penser, au contraire, que le mercure agit sur l'élément histologique directement, et est, de cette façon, un stimulant de la propriété nutritive. Ce qui le prouverait, c'est la facilité qu'il y a de faire disparaître les productions hyperplasiques, en injectant sous celles-ci une faible quantité de sels mercuriels, en favorisant, par conséquent, l'entrée du sublimé dans ces productions, sans le faire passer par la voie circulatoire. Il y a une autre raison qui démontre d'une façon bien nette que le mode d'action des toniques et du sublimé est différent, c'est que les toniques augmentent surtout l'embonpoint des sujets au début de leur administration (avant le quinzième jour). En cela ils agissent à la façon d'un régime alimentaire meilleur que le régime habituel; le sublimé, au contraire, augmente surtout l'embonpoint à la fin du traitement, c'est-à-dire après le trentième jour.

Que si maintenant, au lieu d'envisager le traitement tonique seul, on envisage le traitement tonique uni aux cautérisations, il sera facile de comprendre pourquoi, dans cette condition, il peut réussir. Le traitement local, faisant disparaître tous les accidents secondaires, éteint en réalité des foyers d'infection pour l'organisme, foyers dans lesquels celui-ci puise sans cesse des éléments de contamination. Dès lors l'énergie des actes nutritifs n'a plus à lutter contre cette cause incessante d'infection, et l'on conçoit que le régime tonique prolongé soit favorable à la guérison, mais il faut, toutefois, qu'il soit prolongé, pour les accidents un peu sérieux, pendant six, huit, dix mois. C'est ainsi que nous arrivons à trouver le point de contact qui unit deux traitements, considérés jusqu'ici dans leur mode d'action comme essentiellement différents, égarés qu'étaient les mercurialistes par cette idée, qui a traversé une série

de siècles, que le mercure n'agissait sur l'organisme syphilisé qu'en neutralisant ou en détruisant le virus qui le contamine. Le mercure ne me paraît donc plus, aujourd'hui, devoir être considéré comme un agent thérapeutique spécifique, à moins que le mot de spécifique ne s'applique qu'à la propriété d'agir mieux que tout autre agent sur la propriété commune de tous les tissus, la nutrition et par un mécanisme tout particulier.

Agit-il autrement, du reste, que l'iodure de potassium Nullement, à petites doses l'iodure de potassium, de même que le sublimé, est un reconstituant, mais dont l'efficacité sur les accidents secondaires est moins grande que l'efficacité du sublimé. A doses moyennes, l'iodure de potassium est un agent dénutritif des productions hyperplasiques tertiaires, comme le sublimé lui-même est un agent dénutritif des hyperplasies secondaires. Toutefois, si j'en juge par les heureux résultats que j'ai obtenus, sur quatre sujets (V. pages 278-283) il est probable que le sublimé à petites doses donné en injection, est au moins aussi puissant que l'iodure à doses moyennes dans la syphilis tertiaire. Enfin, à fortes doses, l'iodure de potassium est un poison. Nous trouvons donc, dans la comparaison de ces deux traitements, une identité à la fois d'action, à la fois d'effet.

Tous ces médicaments ont-ils du reste une façon d'agir autre que la débilitation survenue chez un sujet syphilitique, qui, quelquefois voit ses accidents secondaires disparaître avec l'aide seulement de quelque soin de propreté, autre que la saignée, la diète, les purgations, qui jadis ont été prônés pour la cure de cette affection, autre que l'élément fébrile chez certains sujets, qui, atteints de phlegmasies dans le cours de leur syphilis, voient leurs accidents s'atténuer et même s'éteindre. Aucunement, dans tous ces cas, c'est toujours l'activité dénutritive mise en jeu par ces diverses causes, qui doit être invoquée ; seu-

lement, comme l'activité nutritive n'est point, dans ces différents cas, proportionnelle à la première, les récidives sont toujours imminentes.

Après avoir montré que le mercure, à petites doses, intervenait chez les syphilitiques pour modifier les actes de la vie végétative profondément troublés; après avoir montré que chez les sujets sains, indemnes de syphilis, le mercure était le plus puissant excitateur de la nutrition, nous sommes naturellement conduits à penser que la méthode des injections mercurielles sous-cutanées est susceptible d'une vaste application. Ce n'est pas seulement à la syphilis qu'elle me paraît s'adresser, mais à toutes les affections dues à une perturbation dans les actes nutritifs. L'avenir en décidera. Je ne puis toutefois passer sous silence les heureux résultats que j'ai obtenus avec cette méthode dans trois cas d'affections cutanées rebelles, les seuls sur lesquels jusqu'ici j'ai expérimenté. Chez un sujet il s'agissait d'un ecthyma non syphilitique qui couvrait presque tout le corps; l'affection datait de trois mois, cinquante injections sans aucun autre traitement simultané, ont suffi pour guérir complétement ce malade. Chez l'autre sujet il s'agissait d'un sycosis datant de six mois, contre lequel une série de moyens thérapeutiques avaient été vainement dirigées. Quarante injections, sans aucun autre traitement simultané, suffirent pour faire disparaître complétement cette affection. Chez le troisième, il s'agissait d'un eczéma datant d'un mois, et qui couvrait presque entièrement les membres supérieurs et inférieurs. Ce sujet guérit avec cinquante injections.

Si, dans ce travail, j'ai affecté dans mon langage une certaine assurance, à propos des nombreux et difficiles problèmes que j'ai trouvés sur ma route, c'est que toutes mes déductions ont pour base l'observation et l'expérience.

L'idée préconçue n'a pu me dominer, car ce n'est qu'après avoir analysé mes statistiques, mes pesées, mes expériences sur l'homme et sur les animaux, mes tracés graphiques, mes examens microscopiques, que les résultats scientifiques consignés dans ce mémoire se sont imposés en quelque sorte à moi.

Toutefois, si puissante que soit la valeur de l'observation et de l'expérience, on n'est jamais sûr d'être, en les prenant pour seuls guides, à l'abri de l'erreur, quand surtout les phénomènes que l'on constate sont subordonnés à des conditions aussi complexes que tous ceux sur lesquels j'ai porté mon attention. Je me plais à reconnaître, de plus, que les faits que j'ai utilisés ne sont nombreux qu'en apparence, et je fais les vœux les plus grands pour que mes vues soient contrôlées par d'autres observateurs que moi, tout prêt que je suis à les abandonner le jour où elles seront démontrées inexactes.

Quant à mes résultats cliniques, ils n'appartiennent encore qu'à une expérimentation à son début, et je les considère seulement comme des jalons qui, dans l'avenir, je l'espère, me permettront de perfectionner la méthode hypodermique.

LIÉGEOIS.

NOTE

SUR DEUX CAS DE NÉVRALGIE CRURALE

COINCIDANT AVEC UNE BLENNORRHAGIE

Par HENRY COUTAGNE

Interne des hôpitaux de Lyon

Les lecteurs des *Annales* connaissent, au moins par une analyse faite dans un des numéros de ce journal, le Mémoire sur la *sciatique blennorrhagique*, lu par M. Alfred Fournier, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, à la fin de l'année 1868 (1). Cet observateur distingué y signalait la coïncidence de la névralgie sciatique avec la blennorrhagie uréthrale, et, après une discussion approfondie des faits, arrivait à conclure, avec quelques réserves toutefois, à un rapport étiologique entre ces deux affections et à considérer certaines sciatiques comme des manifestations du rhumatisme blennorrhagique. Dans les observations suivantes, recueillies par nous à l'hospice de l'Antiquaille, dans le service de notre maître, M. Gailleton, nous avons rencontré une coïncidence analogue entre la blennorrhagie uréthrale et la névralgie crurale. Suivant l'exemple de M. Fournier, nous essayerons de saisir les rapports qui peuvent relier ces deux affections, nous gardant toutefois de conclure prématurément de deux faits isolés. « La névralgie crurale, disait Valleix (2), est, sans contredit, celle que nous connaissons le moins. » On peut encore, il me

(1) *De la Sciatique blennorrhagique*, par A. Fournier; et *Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, pour l'année 1868, p. 34 et suivantes,

(2) *Traité des névralgies*, 1841, p. 469.

semble, dire la même chose aujourd'hui, et l'étiologie de cette affection n'a donné lieu à aucun travail qui pût nous être de quelque secours. Cette pénurie de documents nous vaudra peut-être quelque intérêt de la part du lecteur.

OBSERVATION Ire. — *Blennorrhagie accompagnée d'arthralgies multiples; disparition des douleurs articulaires coïncidant avec la guérison à peu près complète de la blennorrhagie; recrudescence de l'écoulement; réapparition des arthralgies, s'accompagnant de névralgies crurale et inguino-scrotale du côté gauche.*

Jean-Baptiste V..., âgé de 18 ans, né à Lyon, ajusteur, entre à l'Antiquaille, salle Saint-Michel, n° 2, le 20 novembre 1868.

Ce jeune homme est d'un fort tempérament; il n'a jamais été affecté de rhumatismes et ne connaît dans sa famille personne qui en ait été atteint; depuis deux ans, il est employé dans les chantiers de la Buire et a travaillé dans des ateliers très-humides, sans en avoir aucunement souffert. Il n'a pas eu de maladie vénérienne antérieure à celle qui l'amène à l'hôpital.

Actuellement, il présente une blennorrhagie uréthrale des plus aiguës, datant de cinq jours; écoulement purulent considérable, douleurs dans la miction, érections nocturnes, etc. — Traitement simplement émollient.

Le 1er décembre, le malade se plaint de douleurs assez vives, localisées dans les articulations des genoux. On n'y constate point de tuméfaction; la pression excite une faible douleur, la marche est gênée, l'écoulement est abondant; mais les phénomènes aigus ont passé. — Opiat au copahu.

Le lendemain, des douleurs de même nature se font sentir dans les coudes et dans les épaules; les articulations ne sont point tuméfiées (*arthralgie simple*).

Les jours suivants, les douleurs continuent à se faire sentir; mais elles diminuent d'intensité; elles deviennent *régulières*, suivant l'expression du malade.

A la fin de décembre, elles ont presque complétement cessé; l'écoulement, traité par le copahu, puis par des injections au sulfate de zinc, est devenu muqueux et a beaucoup diminué. Le malade sort le 2 janvier 1869.

Il pratique le coït le lendemain de sa sortie, et voit reparaître le jour suivant un écoulement aigu avec tous ses caractères; *en même temps*, les articulations qui avaient été attaquées précédemment redeviennent douloureuses; le malade rentre à l'Antiquaille le 8 janvier, et, outre un écoulement aigu et des arthralgies dans les épaules, les coudes et les genoux, se plaint d'une douleur qu'il localise très-bien à la face antérieure de la cuisse gauche et à la peau du scrotum du même côté. Cette douleur est continuelle, avec quelques exacerbations de courte durée; elle suit un trajet exactement parallèle à la direction du nerf crural et ne dépasse point le genou, la pression semble exciter une douleur très-supportable au niveau des rameaux perforants de la branche du vaste externe et de la face interne de la rotule (*point condylo-rotulien interne* de Valleix), la névralgie s'étend au scrotum, mais très-superficiellement. Il est évident qu'il n'y a d'intéressé ici que des rameaux cutanés; le testicule, l'épididyme et le cordon sont parfaitement sains et indolents; pas de varicocèle; la douleur est totalement absente le long du trajet du nerf grand sciatique. — Opiat au copahu et au cubèbe; frictions avec le baume tranquille.

Le 10, pas d'amélioration dans les douleurs; l'écoulement diminue.

Le 13, l'écoulement est redevenu muqueux; les douleurs articulaires sont plus supportables; mais la névralgie crurale et scrotale persiste et gêne considérablement le ma-

lade dans la marche et même dans la station. Il reste couché la plus grande partie de la journée. Gale intercurrente. Frictions avec le mélange suivant :

Baume de Fioraventi,	60
Huile d'amandes douces,	40
Chloroforme,	30

Le 15, la douleur du scrotum a disparu ; la névralgie crurale persiste. — Douche de vapeur sur la cuisse gauche.

Le 18, la névralgie crurale et les douleurs articulaires sont beaucoup moins vives et des plus supportables. L'écoulement n'est point encore supprimé complétement.

Le 19, sous l'influence probable d'un changement de température, recrudescence des douleurs articulaires. La névralgie crurale a presque entièrement disparu.

Le 20, le malade demande brusquement sa sortie. Il nous a été impossible de savoir ce qu'il était devenu depuis.

Nous ne croyons pas qu'on puisse nier que ce malade n'ait eu une névralgie limitée au nerf crural et au nerf génito-crural, branche collatérale du plexus lombaire, qui fournit les rameaux de la peau du scrotum ; la douleur ne suivait pas, il est vrai, le nerf saphène interne jusqu'au pied ; mais elle s'étendait jusqu'au genou, se localisait bien dans la région innervée par le nerf crural, et était assez réelle pour amener la claudication. D'un autre côté, ces douleurs articulaires survenues à deux reprises pendant le cours d'une inflammation aiguë du canal de l'urèthre chez un sujet bien constitué et non rhumatisant ne peuvent-elles pas être regardées comme des *arthralgies blennorrha-*

giques (Fournier) (1)? Si l'on admet plus qu'une coïncidence entre l'état uréthral et ces manifestations articulaires, il ne nous semble point qu'il soit irrationnel de reconnaître un rapport étiologique entre la blennorrhagie et la névralgie qui s'est développée pendant la période aiguë de l'écoulement et qui a disparu peu à peu en même temps qu'il diminuait.

Nous reconnaissons que notre seconde observation a moins de valeur; le sujet est resté trop peu de temps à l'Antiquaille pour que nous ayons pu suivre complétement l'évolution de sa maladie. La voici malgré ces lacunes.

Observation II. — *Blennorrhagie ancienne; plusieurs recrudescences; point névralgique au niveau des muscles fessiers; névralgie crurale; arthralgies passagères; douleur le long du nerf. grand sciatique.*

Joseph C..., âgé de 20 ans, entre à l'Antiquaille le 25 février 1869, salle Saint-Michel, nº 5.

Ce jeune homme est d'une constitution robuste; il n'est point rhumatisant et ne connaît dans sa famille personne qui le soit. Il a contracté une blennorrhagie il y a deux ans, l'a très-mal soignée, a eu plusieurs recrudescences, dont la dernière, datant de douze jours, l'amène à l'hôpital.

Trois mois après le début de sa blennorrhagie, ce malade a commencé à ressentir une douleur qui s'irradiait à droite de la tubérosité de l'ischion dans l'épaisseur des muscles fessiers, sans descendre dans la cuisse ni vers le

(1) A Fournier. Contributions à l'étude du rhumatisme blennorhagique (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1re année, nº 3),

scrotum. Cette douleur, d'abord vive, était devenue très-supportable, et le malade ne peut se rappeler l'époque à laquelle il en a été débarrassé complétement; mais, il y a trois mois et demi, une nouvelle douleur s'est fait sentir sur le trajet du nerf crural. Cette douleur a été très-violente au début; elle a empêché le malade de marcher; un vésicatoire *loco dolenti* ne l'a que peu calmée.

A l'entrée du malade, nous constatons : 1° une blennorrhagie très-aiguë (tuméfaction du gland, érections nocturnes, écoulement purulent, etc.); 2° une névralgie crurale à droite. La douleur, très-supportable lorsque le malade est au repos, devient vive dans la marche et dans la station; il semble au malade « qu'on lui donne un coup de bistouri. » Elle est parallèle au nerf crural et va du pli de l'aine à la rotule. Les points les plus douloureux se trouvent au pli de l'aine et au niveau des rameaux perforants (points *inguinal* et *crural moyen* de Valleix). La douleur ne dépasse pas le genou.

Le 26 février, le 2 et le 4 mars, on fait à la face antérieure de la cuisse des injections sous-cutanées de sulfate de morphine sans amener d'amélioration bien sensible.

Le 8, la douleur est toujours forte dans la cuisse; mais le malade se plaint aussi d'une douleur derrière le grand trochanter du même côté, au niveau du rameau fessier de la branche fémoro-cutanée. — Bain de vapeur, vésicatoire, 8 capsules de copahu.

Le 12, la névralgie crurale subsiste avec une amélioration légère; l'écoulement est toujours abondant.

Le 17, le malade se plaint surtout au niveau de la face interne du genou (*point condylo-rotulien interne*).

Le 21, douleurs articulaires dans les genoux et dans les coudes. Ces articulations ne sont pas déformées; mais les mouvements en sont gênés. Par contre, la névralgie crurale a disparu à peu près complétement.

Le 31, douleur à la face postérieure de la cuisse, le long du nerf grand sciatique. Cette douleur est profonde, continuelle, du reste est supportable. L'écoulement a beaucoup diminué.

Le 5 mars, la névralgie crurale a reparu, mais moins forte. La douleur située sur le trajet du nerf grand sciatique a disparu; les mouvements des genoux sont toujours pénibles; les coudes ne sont plus douloureux; l'écoulement est muqueux et très-diminué.

Le 7, la névralgie crurale a presque disparu.

Le malade est renvoyé le 9 mars par mesure disciplinaire.

Nous voyons, en somme, dans cette observation un état inflammatoire chronique de l'urèthre, s'accompagnant de névralgies localisées dans quelques branches des plexus lombaire et sacré, et particulièrement dans le nerf crural où la douleur s'est montrée la plus circonscrite, la plus vive et la plus rebelle.

Il nous aurait été facile d'ajouter à nos deux observations un nombre assez considérable de cas dans lesquels nous avons observé des névralgies crurales très-franches dans le cours d'une blennorrhagie, mais en coïncidence avec une orchi-épididymite; mais nous n'avons pas voulu aborder, pour le moment du moins, l'étude de ces faits complexes, sur lesquels M. Mauriac a entrepris récemment un travail important (1).

Résumons-nous. Doit-on se borner à constater simplement une coïncidence entre la blennorrhagie uréthrale et les névralgies des branches périphériques du plexus lombaire, particulièrement du nerf crural, ou bien peut-on admettre qu'une irritation plus ou moins prolongée du ca-

(1) Charles Mauriac : *Étude sur les névralgies reflexes symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique*) Gazette médicale de Paris, nº 25 et suivants).

nal de l'urèthre soit capable de produire un retentissement douloureux dans les branches nerveuses circonvoisines? Les névralgies pourraient-elles, ainsi que tend à le prouver notre première observation, se rattacher intimement à des manifestations articulaires et rentrer ainsi dans le cadre du rhumatisme blennorrhagique, déjà bien agrandi depuis quelques années? Bornons-nous, pour le moment, à poser ces questions, et laissons le soin d'y répondre à des observations plus nombreuses et à des plumes plus autorisées.

Henry Coutagne.

OBSERVATION

DE

MYELITE SYPHILITIQUE AIGUE

Les observations de véritable paraplégie syphilitique sont très-rares, surtout lorsqu'elles sont complétées par l'autopsie. Dans son ouvrage sur les paraplégies (1), M. Jaccoud après avoir réduit à néant les arguments de ceux qui voudraient admettre une paraplégie syphilitique sans altération d'organes, s'exprime en ces termes: « Les lésions des méninges et des centres nerveux ont été négligées dans cette appréciation. » M. Lancereaux tient à peu près le même langage et ne cite que deux autopsies de myélite diffuse (2). Telles sont les considérations qui nous ont engagé à publier le fait suivant.

Obs. Syphylis constitutionnelle.—Accidents secondaires et tertiaires graves. Paraplégie, accidents urémiques promptement mortels — Autopsie.

Hippolyte C. colporteur, âgé de 41 ans, entre le 3 juillet à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, n° 58, service de M. Gignoux. Cet homme paraît avoir joui autrefois d'une bonne santé. Il y a quinze ans, il eut un chancre induré à la verge, lequel fut suivi d'une syphilis constitutionnelle des mieux caractérisées. Tumeurs gommeuses au niveau des têtes du radius et du péroné sur lesquelles

(1) *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement.* — Paris, 1864, page 437.

(2) Lancereaux (*Traité hist. et pr. de la syphylis.* — Paris, 1866, p. 487).

MM. Barrier et Baumers appliquèrent la pâte de Canquoin. Éruptions cutanées multiples. Maux de gorge; actuellement large plaque pustulo-crustacée sur la paroi abdominale antérieure. Malgré tous ces accidents le malade jouit d'un embonpoint considérable. Depuis quinze jours, bronchite aiguë, douleurs nocturnes insupportables, perte de l'appétit, aggravation de tous ces symptômes depuis dix jours. Enfin, depuis quatre ans, épididymite syphilitique du côté gauche. Un bandagiste en profita pour appliquer un appareil inguinal double dont la pression n'a pas été sans influence sur le développement de la tumeur. Traitement spécifique. 7 juillet : rétention subite d'urines, on est obligé de le cautériser. L'opération s'exécute facilement, et le malade a appris promptement à se sonder. A dater de ce jour Hippolyte C... a toujours eu un peu de fièvre dans le courant de la journée. 8, affaiblissement des membres inférieurs. Il se plaint d'hémorrhoïdes très-douloureuses. avec prolapsus de la muqueuse rectale ; la réduction en est très-difficile. Constipation opiniâtre, ventre très-douloureux. 13, il n'a pas été à la selle, dit-il, depuis quinze jours On continue toujours à le sonder. 14, il se lève pour la dernière fois. 17, ces derniers jours, étant dans un bain de siége, le malade eut une émission involontaire d'urines et de matières fécales, brusque, douloureuse, à la suite de laquelle il tomba dans un affaissement considérable. 17. Surviennent brusquement des accidents formidables, fièvre intense, délire, soubresaut des tendons. On prescrit l'iodure de potassium et le sulfate de quinine. Depuis quelques jours on avait noté une véritable paralysie voisine d'une paraplégie complète des membres inférieurs. Leur sensibilité est parfaitement conservée quoique le malade éprouve beaucoup de peine à les remuer. Lorsqu'on cherche à imprimer quelques mouvements à la jambe gauche il manifeste les signes de la plus vive dou-

leur. Il y a donc hypéresthésie; à la visite du soir on trouve le pouls imperceptible, à 128 environ. Pourtant la température axillaire ne marque que 38° 6 seulement. Le lavement prescrit n'a pu être gardé. A neuf heures du soir, on retire de la vessie une grande quantité d'urines purulentes et fétides. Le malade est dans le coma. 18, à la visite du matin, le délire et le coma paraissent diminués. Le malade prononce quelques paroles. Hoquets. Même prescription. Mort à trois heures de l'après-midi. Le cadavre étant réclamé par la famille on ne peut obtenir qu'une autopsie partielle. Le canal rachidien est ouvert dans sa partie inférieure dans une étendue de vingt centimètres. Il s'écoule une quantité considérable de sang soit des sinus osseux soit des membranes qui sont le siége d'une congestion des plus intenses. La moelle ayant été ensuite enlevée dans cette même étendue, y compris le renflement lombaire et la queue de cheval, on constate que cet organe est le siége d'une hypérémie des plus manifestes. L'artère médiane postérieure est gorgée de sang; de gros vaisseaux également hypérémiés serpentent à droite et à gauche, entremêlés aux cordons de la queue de cheval; on en rencontre un à gauche manifestement plus congestionné que les autres (on se souvient que c'est précisément de ce côté que durant la vie et malgré le délire, on déterminait une violente douleur dans le membre lors des mouvements qu'on lui imprimait.) La substance blanche et la substance grise étaient également congestionnées. Foie normal. Pas trace de réaction amyloïde; adhérences péritonéales au niveau de la convexité. Aucun tractus fibreux dans son parenchyme. Le rein gauche présente à la coupe au niveau des pyramides des tractus blanchâtres dirigés dans le même sens. La substance corticale contient une vacuole de la grosseur d'un pois contenant une matière gélatiniforme à l'œil nu, qui, sous le champ du microscope présente des noyaux libres, quelques autres éléments plus ou moins altérés et des gouttelettes graisseuses,

Dans tout le reste de l'organe on rencontre çà et là de petits points blancs de la grosseur d'une tête d'épingle qui examinés au microscope, contiennent : 1° des détritus épithéliaux; 2° des éléments ressemblantà des leucocythes, granuleux, chargés de granulations. Pas de dégénérescence amyloïde à la surface; congestion des étoiles de Verehyen; pas de cicatrices. Du côté droit, mêmes altérations.

Testicule et épididyme. En avant et en haut du testicule malade, on trouve un abcès de la grosseur d'une noisette. Le peu d'apparence crémeuse renferme beaucoup de granulations libres. Cet abcès est limité par une membrane assez épaisse, vascularisée, blanchâtre.

Les vaisseaux au niveau du corps d'Hygmore sont gorgés de sang. Les tubes ne sont pas détruits. Au milieu d'eux on remarque des traînées blanchâtres mal limitées, d'apparence fibreuse. La tunique vaginale est parfaitement saine. L'épididyme est notablement augmenté de volume. Les tubes contiennent dans leur intérieur une matière puriforme, qui, examinée au microscope, paraît composée de globules purulents et de granulations moléculaires, soit libres, soit enfermées dans l'intérieur des leucocythes. Ces granulations sont volumineuses; quelques-unes ont jusqu'à 1/680 de millimètre de diamètre. Les premières sont pour la plupart agitées de mouvements browniens.

Cette myélite aiguë doit-elle être attribuée à la syphilis ? Tout porte à le faire admettre ; l'époque de son apparition (1), la malignité des accidents antérieurs chez cet individu, enfin sa coïncidence avec une poussée d'accidents tertiaires.

Humbert Mollière,
Interne des hôpitaux de Lyon.

(1) La paraplégie survient presque toujours longtemps après l'apparition de la diathèse syphylitique. (Lancereaux, *loco cit.*, p. 492.)

BIBLIOGRAPHIE.

Documents inédits sur la prostitution, extraits des archives de la République de Venise, par le Dr Carlo Calza. (Milan, 1869.)

Sous ce titre, le docteur Carlo Calza communique les résultats de minutieuses et patientes recherches dans les archives de Venise, et fait passer sous les yeux du lecteur une série de documents très-curieux dont le plus ancien remonte à l'année 1266, et qui contiennent l'historique des diverses mesures appliquées à la prostitution par la municipalité de Venise.

Les premiers édits étaient très-sévères et leur infraction entraînait, pour les filles publiques, la peine du fouet, la marque au fer rouge et même le bannissement. Sous aucun prétexte, elles ne pouvaient séjourner dans les demeures des particuliers, et une décision du conseil des Dix (1314) les parqua dans un endroit spécial du Rialto, où elles étaient soumises à une active surveillance.

Dans les années suivantes, de nouveaux édits vinrent adoucir la sévérité des dispositions primitives et en 1416 les prostituées pouvaient circuler dans la ville, sous la condition de porter, comme marque distinctive, un mouchoir jaune autour du cou.

Cette tolérance et d'autres encore qui pourtant avaient été jugées nécessaires, donnèrent lieu à de tels désordres et à une telle licence, que le conseil des Quarante dut adopter de nouvelles mesures prohibitives plus rigoureuses, dont l'exposé est un des passages les plus intéressants du travail du docteur Calza. On y voit le premier essai de réglementation un peu complète et d'inscription d'office, appliquées aux filles publiques. Il date de 1423.

Après le passage de Charles VIII en Italie, en 1493, les maladies vénériennes et surtout la syphilis sévirent cruellement et durent exciter la sollicitude de la municipalité. A ce propos, l'auteur a été assez heureux pour retrouver dans les archives du conseil de la Santé un écrit très-curieux et très-important de Marin Sanudo, qui donne une description très-exacte des accidents syphilitiques sous leurs faces les plus diverses (ulcérations, gommes, plaques muqueuses, etc.). C'est à cette époque qu'un préjugé populaire, également répandu à Rome, faisait prendre des bains d'huile aux malheureux atteints du mal français.

En 1543, le sénat vénitien dut opposer des mesures spéciales au luxe et à la licence toujours croissant des femmes de mauvaise vie. On leur défendit notamment de sortir de chez elles sans lumière pendant la nuit.

Les recherches du docteur Calza ne dépassent pas la moitié du XVIe siècle, les édits, promulgués dans les années suivantes, ne lui ayant présenté rien d'intéressant ou n'étant que la répétition des premiers. Tel qu'il est, ce travail, dont nous n'avons pu qu'indiquer les points principaux, et qui a dû coûter à son auteur beaucoup de temps et de savantes investigations, renferme des matériaux très-instructifs et utiles à consulter pour quiconque voudra étudier, d'une manière un peu complète, l'histoire médicale et administrative de la prostitution.

De la nature des tubercules muqueux de la région génito-anal chez les prostituées, par le Dr SORESINA, premier médecin du Syphilicôme de Milan. (Milan 1864.)

Doit-on considérer les plaques muqueuses comme des accidents précoces de la syphilis, et, comme telles, les traiter par les préparations mercurielles ou comme le veut

le professeur Thiry, de Bruxelles, leur refuser tout caractère spécifique, car on sait que l'éminent syphiligraphe belge professe :

1° Que les tubercules muqueux constituent une affection simple, causée par la malpropreté ou l'abus du coït, et peuvent céder à un traitement purement local.

2° Qu'ils ne sont pas contagieux ni virulents, lorsqu'il ne sont pas accompagnés d'ulcérations.

3° Que la syphilis constitutionnelle se montre seulement lorsque l'ulcération se termine par induration.

Le docteur Soresina, frappé des conséquences scientifiques, thérapeutiques et médico-légales que soulève une telle assertion, s'est livré pendant dix-neuf mois à des expériences suivies dont nous allons connaître le résultat. Mais, avant tout, il prend le soin de déclarer :

1° Que ses observations se rapportent exclusivement à des prostituées du Syphilicôme de Milan, affectées de tubercules muqueux des parties génitales et de la marge de l'anus, et qu'il ne faut pas confondre de semblables lésions avec les altérations analogues qu'on trouve sur la mamelle des nourrices d'enfants syphilitiques ;

2° Que pour éloigner toute idée de l'influence du mercure dans le succès de sa thérapeutique, il a renoncé aux lotions avec l'eau phagédénique, pour employer exclusivement les lavages avec de l'eau simple, et quelques attouchements avec le crayon de nitrate d'argent pour les tubercules ulcérés ;

3° Qu'il ne s'est pas contenté de suivre ses malades pendant quelques semaines seulement, et qu'il a continué son observation pendant plusieurs mois après la disparition des tubercules muqueux afin d'être bien sûr qu'ils ne seraient pas suivis d'autres accidents secondaires.

L'auteur exposant les faits de sa pratique depuis le mois de juin 1863 jusqu'en décembre 1864, donne les détails de

vingt-six observations de tubercules muqueux de la région génito-anale, traité uniquement par des lotions simples et des cautérisations légères avec le nitrate d'argent. En suivant l'ordre des propositions du professeur Thiry, voici les résultats qu'il a obtenus :

1° Dans presque tous les cas (22 sur 26), et dans un espace de temps très-court, sans l'aide d'aucun traitement mercuriel, des lotions simples, des soins de propreté et quelques attouchements de nitrate d'argent ont suffi à faire disparaître les tubercules muqueux, absence presque complète d'accidents consécutifs (cinq fois seulement) dans un espace de temps plus que suffisant pour permettre toutes les manifestations secondaires possibles, les femmes ayant été soumises à une surveillance minutieuse durant une période de six à douze mois, depuis leur entrée au Syphilicôme.

Relativement aux deux derniers points, l'auteur n'est pas tout à fait d'accord avec le professeur Thiry, car sur les cinq faits qui furent compliqués d'accidents secondaires, on trouve quatre fois des tubercules ulcérés, et une fois des tubercules parfaitement secs. — Le docteur Soresina croit pouvoir expliquer de la manière suivante et concilier ces faits en apparence contradictoires :

Pour expliquer le développement simultané ou consécutif de la syphilis dans certains cas et l'absence d'accidents dans d'autres, il ne pense pas qu'on doive admettre deux variétés de tubercules, les uns simples et les autres émanant du virus syphilitique. — Suivant lui, tous les tubercules de la région genito-anale chez les prostituées, y compris ceux accompagnés ou suivis d'infection, sont originairement des lésions simples et procédant d'une cause commune. — De même qu'une plaie accidentelle, une lésion traumatique quelconque peuvent revêtir le caractère syphilitique chez un sujet infecté ; de même les végétations

aussi bien que les tubercules muqueux développés dans un organisme déjà contaminé peuvent devenir spécifiques et prendre tous les caractères de la diathèse dominante; si on envisage de cette façon la nature des tubercules muqueux, l'auteur pense qu'on pourra expliquer, dans certains cas, la virulence et la contagion, et dans d'autres l'apparition des accidents secondaires, sans avoir besoin de recourir à la présence de l'ulcère mou ou de l'ulcère induré, comme le veut le professeur Thiry.

Telle est l'opinion du docteur Soresina sur la nature des tubercules muqueux. S'il diffère en quelques points de la manière de voir du syphiligraphe belge, il partage tout à fait ses idées sur le fond de la question, qu'il résume en ces termes: « *Les tubercules muqueux développés dans les régions genito-anales chez les prostituées, sont des lésions originairement simples et tout à fait indépendantes de la syphilis constitutionnelle.* »

Ces conclusions, qui s'appuient sur un grand nombre de faits observés avec le plus grand soin, terminent le remarquable et consciencieux mémoire du spécialiste milanais, dont les recherches intéressantes nous ont paru dignes d'être présentées au lecteur.

Dr BIANCHI.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Giornale italiano delle malattie veneree e delle malatti della pelle, 1870, nos de mars et d'avril.

De la pellagre par Michelacci (suite).

Relation sur le dispensaire de Venise, etc., par Calza.

Deux cas de syphilis constitutionnelle à la période tertiaire, traités par des injections sous-cutanées de calomel, par Nota.

Rapport politique, administratif et clinique sur la prostitution à Bologne, avec un appendice sur les syphilides vulvaires, par Gamberini.

Observation de kérato-iritis spécifique traitée par les injections sous-cutanées de calomel par Flarer.

Archiv für dermatologie und syphilis. 1870, no 1.

Tuberculose des organes génitaux-urinaires, par Soloweitschick.

Traitement de la syphilis sans spécifique par Owre.

Rapports de l'épiderme avec la couche papillaire surtout dans l'état pathologique de la peau, par Auspitz.

Lèpre et syphilis, d'après le texte original de Bernard Gordon, par Güntz.

The american journal of syphilography and dermatology, 1870, nos 1 et 2.

Syphilisation par Boeck.

Contribution à l'étude de la syphilis congéniale par Van Buren.

Syphilide tuberculeuse serpigineuse par Taylor.

(A suivre.)

Paris. — Imprimerie Paul Dupont, rue Jean-Jacques-Rousseau, 41.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

DE L'AUTONOMIE DE LA VACCINE (1)

PAR

le professeur A. CHAUVEAU.

La vaccine jouit-elle d'une existence indépendante d'une individualité propre ? Ou bien n'est-ce qu'une forme particulière d'une autre maladie éruptive, dans laquelle il faudrait voir l'origine réelle ou la véritable source de la vaccine ? Telle est la question qui doit être examinée ici en

(1) Ce mémoire est tiré d'un des chapitres de l'ouvrage sur *la vaccine, le vaccin, la vaccination* que je me propose de publier prochainenement. J'en ai emprunté les matériaux, pour la moitié à peu près, à mon travail sur la vaccine et la variole, publié en 1865 (*Vaccine et variole. Nouvelle étude expérimentale sur la question de l'identité de ces deux maladies.* Rapport à la Société des sciences médicales de Lyon, par MM. A. Chauveau, A. Viennois et P. Meynet). L'autre moitié et composée de documents entièrement inédits. Ce travail ne contient presque pas de critique. Entièrement basé sur les principes de la méthode expérimentale, il apu, dans l'intérèt de la brièveté et de la clarté, être débarrassé de toute discussion encombrante.

premier lieu, avant même de définir la vaccine, d'en décrire les caractères et de chercher à déterminer les conditions de son développement. Ces différents points de l'étude propre de la maladie seront bien plus faciles à traiter, quand nous aurons établi, comme nous allons le faire, l'AUTONOMIE ABSOLUE DE LA VACCINE.

Ce n'est pas un des moins curieux spectacles de l'histoire de la vaccine que l'aveuglement systématique avec lequel on a passé à côté de ce caractère important sans vouloir l'apercevoir. Il semble cependant que la première pensée qui dut venir à l'esprit des vaccinologues fut justement la notion de cette autonomie, puisque c'était l'idée la plus simple. Quand une maladie nouvelle se présente, en effet, avec un ensemble de caractères réguliers et constants, tout à fait spécifiques, par conséquent distinctifs, il n'est pas dans l'habitude des nosologistes de se refuser à les constater et à en tirer la conclusion nécessaire sur l'identité propre de cette maladie. Loin de là, les nosologistes se montrent peut-être trop faciles à accepter des distinctions douteuses ou mêmes erronées, et à faire de nouvelles espèces morbides avec des éléments qu'une bonne critique ne saurait accepter comme suffisants.

Mais pour la vaccine c'est la tendance inverse qui a prédominé. Non-seulement on a mis une persistance aussi tenace que singulière à vouloir faire dériver la vaccine de maladies diverses, aussi éloignées les unes des autres que de la vaccine elle-même ; mais, par une conséquence logique à laquelle on devait forcément aboutir, toutes ces maladies différentes ont été réunies dans la même *unité*, et considérées comme des expressions variées du même agent morbide. C'est ainsi qu'on est arrivé à confondre ensemble la *vaccine*, la *variole*, la *clavelée*, la *fièvre aphteuse*, voir même le *javart* et les *eaux aux jambes*. De cette singulière association il n'y a plus à retenir aujourd'hui, pour en

discuter la signification, que le couple *vaccine* et *variole*. Nous aborderons cette discussion après avoir indiqué en quelques mots les principaux motifs qui nous empêchent d'y comprendre les autres maladies qui viennent d'être signalées.

§ I. — Indépendance de la vaccine et des maladies appelées : eaux aux jambes, javart, fièvre aphteuse, clavelée.

Chercher à démontrer cette indépendance, c'est maintenant à peu près superflu. On sait trop bien que jamais personne n'a pu donner la vaccine en inoculant les EAUX AUX JAMBES du cheval, et que les succès apparents sont dus à l'inoculation de la vaccine elle-même, qui, sous le nom de *grease pustuleux* des pâturons, a été quelquefois confondue avec les eaux aux jambes.

Il est non moins bien démontré que les prétendus JAVARTS CUTANÉS (furoncles), à l'aide desquels on a communiqué la vaccine, ne sont pas autre chose que d'énormes pustules vaccinales siégeant dans cette même région des pâturons.

Quant à la FIÈVRE APHTEUSE, l'erreur qu'on a commise en voulant l'assimiler à la vaccine est encore plus manifeste et beaucoup moins excusable, car il n'y a même plus moyen d''interpréter cette erreur ; il est en effet absolument impossible de donner la vaccine, en inoculant la maladie aphteuse, et celle-ci préserve si peu de celle-là, que la vaccine prend à tout coup sur les animaux qui viennent d'avoir la fièvre aphteuse.

Enfin la CLAVELÉE du mouton, malgré ses apparences de parenté avec la vaccine et la variole, présente, dans l'ensemble de ses manifestations, des caractères tellemen spéciaux que, n'était l'autorité qui s'attache au nom de Sacco, je n'aurais jamais cherché à m'assurer directement de la valeur des expériences dans lesquelles cet éminent

observateur a produit la vaccination chez l'homme et chez la vache, par l'inoculation de la clavelée. Aujourd'hui, mes tentatives multipliées pour propager la vaccine, chez le mouton, et la clavelée chez la vache, ne me permettent pas d'interpréter les succès de Sacco autrement que par une imprégnation vaccinale accidentelle de l'instrument employé pour les inoculations. Une circonstance qui donne le plus grand poids à cette interprétation, c'est que *Sacco vaccinait toujours en se servant d'une aiguille cannelée.* Or, un pareil instrument retient facilement le virus qu'il a servi à inoculer, à moins de précautions toutes particulières dans le nettoyage de la cannelure. Pour mes expériences sur les virus, j'ai dû même proscrire absolument l'emploi des instruments cannelés, ayant été moi-même victime de l'inconvénient attaché à la présence de la rainure. Ce qui est certain, en tout cas, ce que l'on peut affirmer sans hésiter, quelle que soit la cause de l'erreur de Sacco, c'est que les éruptions ébauchées ou plutôt avortées, obtenues par les inoculations dont il est ici question, sont absolument incapables de propager la vaccine sur le mouton et la clavelée chez la vache. D'où la démonstration de la spécialisation respective de ces deux espèces animales pour la culture du virus qui appartient à chacune d'elles.

§ 2. — Indépendance de la vaccine et de la variole.

Si nous n'avons pas à nous occuper des maladies précédentes, au point de vue de leur aptitude à se transformer en vaccine, il n'en est pas de même de la variole. L'idée de son identité avec la vaccine est née au moment même de la découverte de cette dernière, puisque Jenner, au commencement de son premier mémoire, fait allusion à cette idée et lui reconnaît de grandes probabilités. C'est pour cela, sans doute, qu'elle s'est propagée jusqu'à nos jours et a trouvé

les plus zélés défenseurs dans un grand nombre de médecins des plus distingués. Il n'y a pas trop sujet de s'en étonner. En voyant la vaccine protéger contre la variole comme l'inoculation préventive de la variole elle-même; en constatant ainsi, sur un caractère de premier ordre, entre la vaccine et la variole des rapports identiques à ceux de la variole avec elle-même; en découvrant cette influence réciproque des deux agents morbides l'un sur l'autre, on devait nécessairement penser à leur identité. Il est vrai qu'on devait aussi se demander si cette identité était justifiée par la comparaison des autres caractères des deux maladies. Mais les nombreuses objections tirées de cet autre ordre de considérations n'arrêtèrent pas les partisans de l'identité. D'après eux, les différences observées dans ces caractères sont loin d'être spécifiques et s'expliquent facilement, du reste, par la simple différence des milieux où se développent les deux affections. Les partisans de l'identité n'hésitèrent pas à doter les animaux vaccinogènes de la propriété de transformer en vaccine la variole empruntée à l'homme. Ils ne se laissèrent même pas influencer par cette particularité, au moins curieuse, qu'en revenant à son terrain primitif, l'espèce humaine, la variole ne reprendrait pas ses premiers caractères, mais resterait définitivement changée en vaccine.

Longtemps restée à l'état d'idée purement spéculative, cette opinion de l'identité de la vaccine et de la variole reçut une consécration expérimentale, en apparence décisive, de quelques tentatives entreprises pour faire de la vaccine avec de la variole, en inoculant celle-ci à la vache, tentatives au nombre desquelles celles de Ceely se placent au premier rang. On va voir ce qu'il faut penser de l'interprétation de ces expériences, par les résultats que j'ai obtenus dans des expériences identiques.

a. *Inaptitude absolue des animaux de l'espèce bovine à transformer la variole en vaccine.*

1. *Inoculation du virus variolique de l'homme aux animaux de l'espèce bovine.* — En 1863, j'ai inoculé 5 fois la variole à ces animaux, 12 fois en 1865, et depuis lors, j'ai fait, dans diverses conditions, d'autres inoculations qui portent mes expériences à plus de 30 (je ne parle ici que de mes inoculations simples de virus variolique). Les résultats *unanimes* de cet ensemble d'inoculations démontrent, avec la dernière évidence, qu'il n'est pas possible de produire sur les animaux de l'espèce bovine rien qui ressemble à la vaccine, en les soumettant à l'inoculation variolique.

Quand on opère cette inoculation sur la peau d'une vache ou d'une génisse, par piqûre sous-épidermique, et en prenant les mêmes précautions que pour l'inoculation du virus vaccinal, il survient, dans le point piqué, une petit papule rouge, conique ou hémisphérique, au centre de laquelle se voit la piqûre d'inoculation. Cette papule arrive en 4 à 7 jours à son summum de développement. A ce moment, son diamètre atteint au plus 2 à 4 millimètres. Elle se résorbe ensuite rapidement sans passer par une période de sécrétion véritable. Du 9e et 15e jour, cette papule disparaît, après avoir fourni, dans le lieu de la piqûre, une croûte noirâtre, toujours extrêmement petite, qui peut même manquer presque complétement si la piqûre d'inoculation a été faite avec une légèreté de main suffisante. Du reste, comme celle de la vaccine, cette éruption reste absolument locale et ne donne lieu à aucun phénomène général bien accentué.

Comme je l'ai dit, j'ai inoculé la variole à plus de trente animaux de toutes conditions, taureaux, taurillons, génisses, vaches laitières, pleines, non pleines, récemment vêlées

ou très-éloignées de l'époque de la gestation. Quelques-uns de ces animaux ont eu les trayons, les lèvres de la vulve, le scrotum et le périnée littéralement couverts de piqûres d'insertion variolique. Jamais je n'en ai vu une seule, sur le nombre prodigieux que j'ai pu observer, s'éloigner, dans l'évolution de ses effets consécutifs, du type que je viens de décrire.

Ces inoculations ont été faites, dans tous les cas, avec de la lymphe tout à fait transparente, empruntée à des pustules varioliques très-jeunes ; et en choisissant pour cette récolte des sujets dont la maladie s'annonçait comme devant suivre un cours simple et régulier, j'ai cherché à obtenir la matière inoculable réduite à sa propriété virulente spécifique, sans complication d'autres propriétés infectieuses ou inflammatoires.

Deux sortes de lymphe variolique, recueillies avec ces précautions, ont été essayées dans mes expériences : 1° la lymphe prise sur des varioleux qui n'avaient jamais été vaccinés; 2° la lymphe fournie par des varioleux qui portaient les traces certaines d'une vaccination pratiquée dans le jeune âge. Ces deux liquides ont produit des effets identiques.

Je n'ai pas réussi davantage à modifier essentiellement les résultats de l'inoculation variolique en variant les procédés d'insertion du virus. La papule tuberculeuse type décrite plus haut s'est toujours montrée, à la suite des insertions sous-épidermiques ordinaires, tantôt plus grosse, tantôt plus petite, parfois presque imperceptible, suivant que la lancette avait été plus ou moins enfoncée; du moins cette relation a-t-elle été communément observée. Mais à part ces légères différences, les caractères de cette papule ont été constamment les mêmes. Ces caractères n'ont pas non plus notablement changé quand l'inoculation a été pratiquée avec une fine aiguille cannelée implantée per-

pendiculairement dans l'épaisseur du derme. Enfin la même piqûre perpendiculaire, exécutée avec une large lancette chargée de virus, n'a pas apporté d'autres changements que d'augmenter un peu les dimensions de la petite croûte qui se forme sur la plaie d'inoculation.

Il y a donc impossibilité d'obtenir des boutons de vaccine sur les animaux de l'espèce bovine en leur inoculant la variole. Jamais personne, en effet, ne sera tenté de prendre la papule variolique du bœuf pour la pustule de la vaccine : l'une petite, tuberculeuse, conique ou hémisphérique, de couleur rouge ; l'autre volumineuse, plate, à bords nets et saillants, ombiliquée au centre, et présentant une belle teinte nacrée ; l'une disparaissant par résorption presque sans laisser de trace, l'autre formant une croûte épaisse qui laisse, après sa chute, une large cicatrice. Rien de plus facile que de mettre en évidence ces différences caractéristiques ; il suffit d'inoculer simultanément sur le même animal et dans la même région la vaccine et la variole. La démonstration de la différence des caractères des deux éruptions, vaccinale et variolique, saute alors si bien aux yeux qu'elle s'impose forcément à l'esprit. Nous reviendrons plus loin sur les intéressants effets de cette double inoculation.

2. *Transmission du virus variolique du bœuf au bœuf.* — La lésion produite sur la peau du bœuf par l'inoculation du virus variolique emprunté directement à l'espèce humaine n'a pas la moindre ressemblance avec la pustule vaccinale ; voilà qui est bien démontré par ce qui précède. Mais n'était-il pas possible de rapprocher peu à peu cette lésion du bouton vaccinal, en propageant avec persistance le virus qu'elle renferme sur les animaux de l'espèce bovine? Pour résoudre cette question, j'ai fait, sur ces animaux, plusieurs essais de culture continue du virus va-

rioleux. Tous ces essais ont échoué. Non-seulement la papule variolique ne se développe pas, mais elle ne reste même pas stationnaire. A la quatrième génération, en général, l'inoculation ne produit plus d'effet appréciable; quelquefois même, ce résultat négatif est observé dès la première transmission du virus variolique du bœuf au bœuf.

Ce fait contraste de la manière la plus frappante avec les effets de l'inoculation du virus vaccinal: transmis de l'homme au bœuf, ce virus peut ensuite, comme on sait, se propager indéfiniment sur les animaux de cette espèce, en continuant à produire de magnifiques éruptions pustuleuses. Il n'est guère utile, je crois, de chercher à faire ressortir l'importante signification de ce contraste, au point de vue du sujet examiné en ce moment.

3. *Retour à l'homme du virus variolique inoculé au bœuf.* — Si la transplantation du virus variolique sur les animaux de l'espèce bovine est incapable de le transformer en vaccin, peut-être néanmoins cette transplantation imprime-t-elle quelque autre changement de nature au virus variolique; peut-être ce virus peut-il subir au moins une certaine atteinte, une atténuation dans son activité, par son passage momentané sur un organisme étranger à l'espèce humaine. Les expériences de la série précédente autorisaient jusqu'à un certain point cette hypothèse. Pour la vérifier, il suffisait de rapporter sur son terrain propre, c'est-à-dire l'organisme de l'homme, le virus variolique cultivé sur le bœuf. Voici les résultats obtenus dans cette expérience d'intérêt capital.

1° Plusieurs papules sont excisées sur une vache variolée, et la très-petite quantité de sérosité qu'on extrait, par râclage, de ces papules sert à inoculer un enfant de trois mois non encore vacciné.

Le quatrième jour, on constate sur l'une des piqûres un bouton, qui se développe les jours suivants, en prenant les apparences d'une pustule vaccinale.

Le neuvième jour, la pustule d'inoculation est large, blanche, ombiliquée, mais ne présente plus sur ses bords la régularité des boutons de vaccine. L'aréole se montre elle-même très-irrégulière à sa périphérie; de plus, elle est couverte de petits boutons d'apparence vésiculeuse. Les autres piqûres ont décidément échoué.

Le dixième jour, l'enfant présente de la fièvre bien manifestement. Il y a déjà deux jours qu'il dort mal; il tête peu et vomit souvent. On l'examine alors avec soin et l'on constate la présence d'un très-grand nombre de petits boutons sur la face et sur le tronc.

Le lendemain, *tous ces boutons représentent de fort belles pustules varioliques, la plupart ombiliquées, formant une éruption générale, quasi confluente.* L'enfant a peu de fièvre, mais il tousse beaucoup, et la toux provoque des vomissements.

Le vingt-quatrième jour, les pustules sont en pleine dessication, et l'enfant peut être considéré comme étant pleinement revenu à la santé.

2° Un second enfant est inoculé de bras à bras avec le virus de la pustule primitive du sujet précédent. On fait trois piqûres à chaque bras. Toutes donnent naissance à un bouton.

Le septième jour, le développement des boutons est complet. Ils ressemblent, à s'y méprendre, à des pustules vaccinales, et sont pris pour telles par des personnes compétentes. Mais une *éruption variolique secondaire généralisée*, qui commença à se développer dès le lendemain, ne permit pas de se faire longtemps illusion sur la nature de la maladie communiquée à cet enfant. L'éruption, fort discrète (l'enfant n'eut qu'une quinzaine de boutons), se

montra surtout sur la face. Elle disparut rapidement sans laisser de trace, et sans avoir déterminé de sensibles malaises.

L'éruption s'étant montrée beaucoup plus bénigne dans cette seconde expérience, on espère que la variole s'atténuera encore davantage à une troisième transmission, et l'on se décide à continuer la série des inoculations.

3° et 4°. Les pustules du bras de l'enfant de cette deuxième expérience fournissent une assez grande quantité de lymphe qui est recueillie dans des tubes. Avec le contenu de l'un d'eux, on inocule deux enfants très-bien portants et d'une belle constitution.

Au huitième jour, ils avaient l'un et l'autre de magnifiques pustules ombiliquées aux points inoculés.

Le 10e jour, les deux sujets prirent presque simultanément une variole générale extrêmement grave : éruption aussi confluente que possible, fièvre tout à fait intense, vomissements, convulsions. L'un d'eux faillit être emporté par la violence de la maladie.

Après avoir passé par les cruelles appréhensions que me fit éprouver la marche de cette dernière expérience, je ne fus pas tenté de poursuivre le cours de ces inoculations. Les résultats obtenus suffisaient trop bien à prouver que LE BOEUF, APRÈS AVOIR EMPRUNTÉ LA VARIOLE A L'HOMME, LA REND A CELUI-CI TELLE QU'IL L'A REÇUE, SANS AVOIR IMPRIMÉ AU VIRUS VARIOLIQUE LA MOINDRE MODIFICATION.

4° Seconde transmission du virus variolique de l'homme au bœuf. — La conclusion qui résulte de la précédente série d'expériences est évidemment hors de toute contestation. Il serait, en effet véritablement monstrueux de prétendre que les éruptions secondaires observées dans ces expériences ne sont que des cas de *vaccine généralisée*.

J'ai voulu cependant m'assurer directement qu'il n'en est rien, en ayant recours une seconde fois à l'inoculation sur le bœuf. L'énorme différence qui, dans les animaux de cette espèce, distingue les éruptions varioliques des éruptions vaccinales, constitue en effet, un critère infaillible, pour s'éclairer sur les cas de nature douteuse qui peuvent se présenter dans l'espèce humaine.

La sérosité recueillie sur les pustules primitives, *d'apparence vaccinale*, développées chez le second des enfants dont il vient d'être question fut donc inoculée, avec les plus grands soins, à deux animaux de l'espèce bovine, un taurillon et une génisse. Le sixième jour, on constata sur les deux sujets une papule presque microscopique aux points piqués. L'une de ces papules est enlevée sur le scrotum du taurillon, et l'on essaye de s'en servir pour inoculer une génisse. Cette seconde inoculation reste absolument sans résultats.

Remarquons, pour faire ressortir toute l'importance de ces résultats, que la lymphe inoculée dans cette expérience est la même qui a provoqué sur l'enfant les deux cas de variole grave qui terminèrent ma dernière série d'expériences.

Ainsi se trouve définitivement démontrée l'inaptitude absolue des animaux de l'espèce bovine à transformer la variole en vaccine.

b. *Inaptitude absolue des animaux de l'espèce chevaline à transformer la variole en vaccine.*

Les expériences qui précèdent ne sauraient, à elles seules, prouver que la vaccine ne vient pas de la variole, car le bœuf n'est pas le seul animal vaccinogène. L'espèce chevaline, au moins, partage cette qualité avec l'espèce bovine ; et même, dans la pensée de Jenner, il ne faut pas

l'oublier, c'est le cheval qui constituerait la véritable source de la prétendue vaccine primitive. Ajoutons que l'illustre promoteur de la vaccination n'était pas éloigné de croire que la maladie équine, origine de la vaccine, dérive de la petite vérole. Il importait donc de chercher expérimentalement si les animaux de l'espèce chevaline ne peuvent pas opérer cette transformation de la variole en vaccine, transformation à laquelle l'espèce bovine se montre si complètement impropre. Plusieurs séries d'expériences, à peu près parallèles à celles qui ont été faites sur le bœuf, ont été consacrées à cette recherche.

1. — *Inoculation du virus variolique de l'homme au cheval.* — Je possède maintenant onze cas d'inoculation directe de la variole au cheval. Il n'a pas été nécessaire de les multiplier autant que sur le bœuf, parce que les effets locaux de l'inoculation, beaucoup plus accentués que chez ce dernier, sont incomparablement plus faciles à apprécier, au point de vue de leurs caractères et de leur nature.

Du reste, ces effets sont, à part leur accentuation, identiques à ceux qui ont été décrits sur l'espèce bovine. L'inoculation sous-épidermique détermine à la surface de la peau une tuméfaction papuleuse qui disparaît par résorption sans laisser de cicatrice. L'expérience suivante peut être considérée comme un type, qui donnera une idée très-nette des caractères et de la marche de l'éruption variolique sur les animaux de l'espèce chevaline.

Le sujet de cette expérience est une jument de 15 ans en bon état de santé. On lui inocule du virus variolique recueilli au 5e jour de l'éruption, par dix piqûres sous-épidermiques pratiquées à la lancette, sur un point de la croupe préalablement rasé.

Le 4e jour, on constate que les points piqués sont douloureux à la pression et légèrement tuméfiés.

Le 6e jour, la tuméfaction est plus grande. Elle s'accompagne d'une rougeur sombre diffuse très-apparente malgré la couleur assez foncée de la peau de l'animal.

Le 8e jour, ces caractères se sont prononcés davantage. Il existe alors une belle éruption de papules coniques, rougeâtres, douloureuses, dont le centre, correspondant au point piqué, est couvert d'une toute petite croûte et dont les bords se confondent graduellement et insensiblement avec la peau saine.

Le 9e jour, même état à peu près. A ce moment, les papules ont de 10 à 17 millimètres à leur base, autant que l'absence de limites nettes sur les bords permet d'en juger. La saillie centrale surplombe de 6 millimètres environ la surface de la peau saine.

Le 10e jour, les papules se sont un peu affaissées, et cet affaissement est encore plus prononcé le lendemain. Il est complet le 15e jour, et s'est effectué sans qu'on ait constaté la moindre tendance à la formation d'une croûte. Cet affaissement a eu lieu par une sorte de résorption graduelle; il a été accompagné de la desquamation de l'épiderme à la surface des papules.

Pendant la marche de cette éruption locale, on a cherché, avec le plus grand soin, les traces d'une éruption générale à la surface de la peau, et toujours infructueusement. L'animal n'a jamais présenté, du reste, aucun symptôme de fièvre. Il a toujours bu et mangé comme d'habitude.

Toutes les autres inoculations pratiquées sur la croupe, (au commencement je préférais agir sur cette région par ce que je croyais pouvoir la garantir mieux que toute autre contre les frottements) ont donné des résultats identiques. Dans les expériences ultérieures, les inoculations, faites

sur la peau plus fine des lèvres, des joues du bout du nez, ont donné naissance à des papules moins larges, mais mieux délimitées et plus saillantes.

Comme sur le bœuf, les insertions simultanées de virus variolique et de virus vaccinal, faites comparativement, démontrent très-clairement que, par sa transplantation dans l'organisme du cheval, la variole ne peut pas acquérir les caractères extérieurs de la vaccine. Observées l'une à côté de l'autre, sur le même animal et dans la même région, les deux éruptions présentent il est vrai, à leur début, une très-grande ressemblance. Mais la manière dont elles se terminent suffit amplement à les distinguer. On constate en effet, sous ce rapport, entre les deux éruptions, des différences analogues à celles qui ont été signalées sur l'espèce bovine. Tandis que l'éruption variolique disparaît par résorption, sans laisser d'autre trace qu'une légère desquamation épidermique, l'éruption vaccinale secrète plus ou moins abondamment, et forme des croûtes plus ou moins épaisses, dont la chute laisse toujours après elle une cicatrice superficielle.

2. *Transmission du virus variolique du cheval au cheval.* — Cette transmission s'opère beaucoup plus facilement que du bœuf au bœuf, car, dans deux séries d'expériences, j'ai pu conduire sur le cheval, le virus variolique jusqu'à la quatrième génération, sans voir disparaître l'activité de ce virus. A la dernière transmission, les papules varioliques produites par l'inoculation étaient encore très-nettes, quoique petites : ce qui démontre que l'organisme du cheval paraît plus approprié que celui du bœuf à la propagation du virus variolique. Mais ces papules n'avaient pas changé de caractère : preuve que cette culture est tout aussi incapable que chez le bœuf de donner au virus variolique les aptitudes du virus vaccinal.

3 *Transmission du virus variolique du cheval au bœuf.* — La filiation attribué à la vaccine par quelques vaccinologues, commandait cette nouvelle série d'expériences. Si, en effet, la vaccine est la variole de l'homme transformée par son passage successif sur le cheval et la vache, comme l'ont pensé plusieurs personnes, les expériences dont j'ai déjà rendu compte perdent la signification qui leur a été attribuée, relativement à l'impossibilité de changer la variole en vaccine. Pour reconquérir cette signification, la transmission de la variole aux animaux devra être opérée de manière à faire passer le virus variolique successivement sur le cheval et le bœuf.

Trois tentatives portant chacune sur plusieurs animaux ont été faites dans ces nouvelles conditions. Toutes trois ont complétement échoué. Non-seulement l'inoculation de la variole du cheval au bœuf ne donne pas à celui-ci la vaccine ; mais les effets produits par cette inoculation sont moins accusés encore que ceux de la transplantation directe du virus varioleux de l'homme sur les animaux de l'espèce bovine. *Rien* ou *presque rien*, tel a été, en effet, dans tous les cas, le résultat de ces nouvelles inoculations. La papulation aux points inoculés s'est toujours montrée ou fort légère ou même douteuse.

4. *Retour à l'homme du virus variolique inoculé au cheval.* — La belle série d'expériences dont les résultats vont être rapportés ici rappelle si bien la série correspondante de l'étude sur la variole inoculée à l'espèce bovine, que je me dispenserai d'en décrire avec détail les importants résultats.

1° De la sérosité, fournie par les boutons d'une jument variolée (celle dont l'observation a été racontée ci-dessus), est inoculée à un enfant de 8 mois, par trois piqûres à chaque bras.

Pendant les sept premiers jours, on n'observe ni travail local au lieu des inoculations, ni changement appréciable dans la santé générale de l'enfant.

Le 8e jour, apparaissent quelques phénomènes de réaction fébrile, chaleur à la peau, perte d'appétit, vomissements.

Le 10e jour, on constate sur le bras gauche, la présence d'un petit bouton, qui a fait éruption *dans la région inoculée*, mais sans qu'on puisse dire précisément s'il siége sur une des piqûres, car les traces de celles-ci ont disparu complétement depuis plusieurs jours.

Le 12e jour, ce bouton a tous les caractères d'une pustule de variole ou plutôt de varioloïde spontanée. Il est très-saillant, comme hémisphérique, à peine déprimé au centre. Ce même jour, on constate que d'autres pustules à caractères identiques commencent à se développer sur le menton, la face dorsale des mains, les cuisses, le scrotum. Mais cette éruption générale est extrêmement discrète : on ne compte guère que 80 boutons en tout.

Le 16e jour, cette éruption de variole bénigne, mais nettement caractérisée, est au summum de son développement. La décroissance commence le 17e jour, et marche si rapidement que, le 22e jour, la place des pustules n'est plus indiquée que par un point rouge et induré. C'est la pustule apparue la première, dans la région de l'inoculation, qui disparut également la première ; dès le 17e jour, elle était complétement effacée.

2° Avec la même sérosité, mise en œuvre dans l'expérience précédente, on inocule un second enfant, âgé de 5 mois, assez chétif, également par trois piqûres à chaque bras.

Toutes les piqûres échouent sauf une, qui donna naissance, au bout de 8 jours, à un bouton rosé. Il se manifeste en même temps un peu de fièvre.

Le 12e jour, ce bouton a pris tous les caractères d'une grosse pustule ombiliquée, entourée d'une aréole déchiquetée, sur laquelle on constate plusieurs petits boutons qui en rendent la surface chagrinée. Ces boutons sont le début d'une éruption secondaire générale, qui apparut dès le lendemain avec abondance, surtout sur la face, et qui éprouva singulièrement le petit enfant.

3° Le troisième fait concerne un enfant qui fut inoculé de bras à bras avec la pustule initiale du sujet précédent. Toutes les piqûres, au nombre de six donnèrent naissance à de belles pustules ombiliquées, d'*apparence vaccinale*, qui arrivèrent en sept jours à leur summum de développement.

Il y eut aussi une éruption secondaire, mais extrêmement discrète et bénigne : deux boutons surnuméraires sur un bras, autour des pustules primitives, quelques vésicules dans le dos et deux vrais pustules varioliques sur le ventre.

4° Ce dernier sujet sert à inoculer de bras à bras deux autres enfants. Sur l'un, qui avait été vacciné antérieurement, ce dont on s'aperçut seulement pendant l'opération, échec complet. L'inoculation réussit pleinement sur l'autre, mais les effets en furent très-irréguliers. On commença par constater, le 8e jour, dans le voisinage des pustules d'inoculation, l'existence de pustules surnuméraires presque aussi développées que celles-ci. Puis vers le 11e jour, alors que les pustules de la région inoculée étaient en plein déclin, on remarqua dans cette région, aux deux bras, une induration et un épaississement très-prononcés de la peau et du tissu conjonctif sous-jacent. Enfin le 21e jour, sans qu'il y ait eu modification sensible de l'état local, il poussa sur les mains quelques pustules varioliques.

5°-6°. J'ajouterai à ces quatre observations l'indication des deux faits suivants. La mère de l'enfant de la deuxième expérience prit une varioloïde en soignant son enfant,

(cette femme avait été vaccinée dans son enfance). En même temps, un autre enfant, placé dans la même salle à côté de ce dernier, non encore vacciné, prenait également une varioloïde bénigne et discrète ressemblant beaucoup à celle de l'enfant n° 2. Si je joins ces deux faits aux précédents, c'est que les conditions dans lesquelles ils ont été observés ne permettent pas de supposer à ces deux cas de variole une autre origine que la contagion par les sujets inoculés. Ceci appuie la conclusion que nous avons à tirer de cette partie de notre étude, à savoir que : LE CHEVAL COMME LE BOEUF, APRÈS AVOIR EMPRUNTÉ LA VARIOLE A L'HOMME, LA REND A CELUI-CI TELLE QU'IL L'A REÇUE, SANS AVOIR IMPRIMÉ AU VIRUS VARIOLIQUE LA MOINDRE MODIFICATION. En effet, les résultats de l'inoculation dans les expériences précédentes, ont été en tous points semblables aux résultats de l'inoculation variolique directe, tels qu'ils sont décrits par les inoculateurs du siècle dernier, et tels que j'ai pu les observer moi-même.

5. *Seconde transmission du virus variolique au cheval et au bœuf.* — Quoiqu'il n'y eût aucun doute à avoir sur la nature de la maladie communiquée aux enfants dont je viens de raconter l'histoire, j'ai, dans ce cas encore, eu recours au critère de l'inoculation au bœuf, pour décider si les éruptions, la plupart bénignes, développées sur ces enfants, appartenaient à la variole ou à la vaccine.

Dans ces expériences, sur les effets du retour, chez l'homme, du virus variolique transplanté passagérement sur l'espèce chevaline, le virus, après sa réintégration dans l'espèce humaine, a passé par trois générations successives. J'ai tenu à les soumettre toutes trois à l'épreuve de l'inoculation au bœuf.

1° Le virus de la première génération fut recueilli sur la

pustule initiale du second enfant de la série et inoculé à une génisse de race Ayr, à peau très-fine. L'éruption qui résulta de l'inoculation consista en papules tuberculeuses, petites, mais très-saillantes, qui offrirent les caractères et la marche type de la lésion produite par la variole dans l'espèce bovine.

2° L'inoculation du virus de la deuxième génération fut pratiquée sur quatre magnifiques génisses de race Ayr-Durham, à peau extrêmement fine. Il est bon de rappeler que les pustules qui fournirent ce virus avaient toutes l'*apparence vaccinale*. On l'inséra par quatre piqûres du côté droit de la vulve. Le sixième jour, on constate que tous ces animaux ont chacun quatre belles papules varioleuses, très-rouges, très-saillantes, hémisphériques, sans aucune des apparences de l'éruption vaccinale; mais, sur l'un des sujets, le volume des papules est relativement si considérable (diamètre : 5 à 7 millimètres) qu'il fait naître le désir de voir ce que le liquide de ces papules ferait naître sur un autre sujet. On en excise donc une, et la lymphe qu'elle fournit en abondance est inoculée avec soin à une autre génisse de même race et de même âge. Mais cette nouvelle inoculation, quoiqu'elle ne fût pas négative, ne donna cependant presque rien d'appréciable.

3° C'est sur une seule bête, une génisse bretonne, que fut faite l'inoculation du virus du dernier enfant de la série (virus à la troisième génération). Il en résulta une légère éruption papuleuse, dont les caractères ne différèrent en rien de ceux des éruptions varioliques ordinaires dans l'espèce bovine.

Toutes ces expériences, faites avec le soin le plus méticuleux, sont très-nettement démonstratives; elles complètent avec profusion, si j'ose m'exprimer ainsi, la preuve, déjà plus que suffisante, que *le virus variolique ne change pas de propriétés en passant par l'organisme du cheval*

Aussi ne signalerai-je les expériences analogues effectuées sur l'espèce chevaline, que pour avoir l'occasion de rappeler le fait suivant, dont l'importante signification se met assez d'elle-même en évidence.

La lymphe variolique (virus à la troisième génération), employée dans la dernière expérience racontée ci-dessus, servit à inoculer, en même temps que la génisse bretonne, une vieille jument, sur laquelle le travail éruptif spécial, observé habituellement dans ce cas, marcha avec une grande rapidité. On put faire sortir, en pressant une des papules, après l'avoir érodée au centre, une petite quantité de lymphe, qui fut inoculée à un enfant. Cet enfant eut une variole anomale, et il en mourut. Pas plus que dans la circonstance où j'ai eu l'occasion de parler de ce fait pour la première fois (1), je ne puis le décrire avec de plus longs détails; mais on peut, sur ma parole, l'accepter avec la plus entière confiance. Ainsi, APRÈS AVOIR PASSÉ UNE PREMIÈRE FOIS SUR LE CHEVAL; APRÈS AVOIR ÉTÉ RAPPORTÉ CHEZ L'HOMME ET S'Y ÊTRE PROPAGÉ JUSQU'A LA TROISIÈME GÉNÉRATION, LE VIRUS VARIOLIQUE PEUT ÊTRE TRANSMIS UNE SECONDE FOIS AU CHEVAL ET REVENIR DE NOUVEAU SUR L'HOMME, SANS ÊTRE MODIFIÉ DANS SA NATURE ET SANS RIEN PERDRE DE SA FUNESTE ACTIVITÉ.

Il résulte de tout ceci que l'*inaptitude à transformer la variole en vaccine est aussi absolue chez le cheval que chez le bœuf.* Les faits qui établissent cette double inaptitude sont assez caractéristiques pour ne laisser planer aucun doute sur l'indépendance de la vaccine et de la variole. Cependant avant de conclure définitivement à cette indé-

(1) Communication à l'Académie de médecine. (Voir le *Bulletin de l'Académie* et la *Gaz. hebd.*, 5 septembre 1865.)

pendance, il est nécessaire d'examiner plusieurs autres faits. Ceux dont il va être question maintenant, à part le grand intérêt qu'ils présentent dans leurs rapports avec le sujet spécial discuté en ce moment, se recommandent tout particulièrement par les importantes conséquences pratiques que nous aurons à en tirer plus tard.

c. Impuissance du développement simultané de la vaccine et de la variole à modifier les propriétés respectives des deux virus, vaccinal et variolique.

Dans l'étude qui vient d'être faite, les essais infructueux tentés pour transformer la variole en vaccine, ont toujours eu lieu en transplantant le virus variolique seul sur le cheval et le bœuf (du moins n'a-t-on tenu compte que de ceux-là). Si ces essais démontrent qu'en se développant *isolément* sur l'organisme animal la lymphe des pustules de variole n'acquiert point de propriétés nouvelles, ils ne préjugent rien contre la possibilité d'une influence et d'une modification réciproque des deux virus, variolique et vaccinal, cultivés simultanément sur le même sujet, ni contre une tranformation possible de la variole en vaccine, par ce procédé. Dans le but de faire apprécier les effets de cette culture simultanée, je vais raconter brièvement les résultats observés dans les trois cas suivants : 1° Inoculation simultanée, et par piqûres distinctes, du virus variolique et du virus vaccinal, recueillis sur des sujets différents ; 2° Inoculation simultanée, par piqûres distinctes, du virus variolique et du virus vaccin, recueillis sur le même sujet ; 3° Inoculation simultanée du virus variolique et du virus vaccin mélangés intimement et introduits ensemble dans les mêmes piqûres. Tous les faits, très-importants et très-curieux, qui se rattachent à cette étude de la culture si-

multanée des deux virus trouveront leur place dans ces trois paragraphes.

1° Inoculation simultanée par piqûres distinctes du virus variolique et du virus vaccin fournis par des sujets différents. — J'ai eu recours fort souvent à cette inoculation simultanée des deux virus sur le cheval et sur le bœuf, quand j'ai voulu constater ou faire constater les différences considérables qui distinguent, chez ces animaux, le dernier surtout, les éruptions vaccinales et varioliques. Ces différences ont été déjà sommairement décrites; ce n'est donc pas pour les faire connaître de nouveau que nous avons à y revenir, mais bien pour établir, dans ce cas encore, que ces caractères extérieurs distincts répondent à des qualités virulentes spéciales.

Que l'on inocule simultanément sur une vache d'un côté de la vulve le virus variolique, de l'autre le virus vaccin, on verra survenir d'un côté les petites papules tuberculeuses de la variole, de l'autre les grosses pustules plates de la vaccine. Les deux éruptions marcheront parallèlement et se développeront à peu près dans le même temps. Si, au moment de la pleine efflorescence des boutons, on en retire de la lymphe, en ayant soin de ne pas mélanger le produit de la papule variolique avec celui de la pustule vaccinale, si ces deux produits sont innoculés comparativement dans les mêmes conditions à une autre vache, les résultats seront exactement les mêmes que dans le cas où les deux virus sont pris sur des individus différents.

Les mêmes résultats se produisant exactement quand on agit sur les animaux de l'espèce chevaline, il est permis d'en conclure), sans pousser plus loin cette étude, qu'en se développant simultanément sur le même animal, les deux virus de la vaccine et de la variole sont incapables de s'influencer réciproquement et de se communiquer quelques-unes de leurs propriétés respectives. Mais cette conclusion

ressortira bien plus nette et plus vive de l'expérience que je vais raconter maintenant et qui est une des plus importantes de ce travail.

Une vache, inoculée au côté gauche de la vulve avec du virus variolique, au côté droit avec du virus vaccin, sert à communiquer à une génisse, par inoculation dans les mêmes conditions, une éruption vaccinale et une éruption variolique. Celle-ci était plus nette qu'elle ne se présente d'habitude à la seconde génération du virus de la petite vérole dans l'espèce bovine. On se décide à tenter sur l'enfant l'inoculation comparative de la lymphe fournie par les deux éruptions de cette génisse. Voici les résultats instructifs de cette tentative :

1°. La lymphe variolique « inoculée à un enfant robuste détermina, au onzième jour seulement, une éruption locale nettement caractérisée et trois jours après, une éruption générale si abondante qu'il était absolument impossible de compter les boutons sur la face, où le masque formé par les croûtes était aussi complet que possible. On fut pendant plusieurs jours dans les plus vives inquiétudes sur le sort de cet enfant. Il fut rapidement hors de danger ; mais il conservera les marques indélébiles de la maladie qui lui a été communiquée (1). »

Cultivé pendant deux générations sur l'espèce bovine, à côté du virus vaccin, le virus variolique ne change donc pas de nature et n'emprunte même pas à ce dernier sa bénignité constante.

2°. Quant à la lymphe vaccinale recueillie sur la même génisse, elle fut inoculée à deux enfants qui prirent chacun une belle éruption vaccinale absolument locale, et aussi bénigne que possible dans ses symptômes généraux. Transmise d'un de ces enfants à trois autres, la vaccine se ma-

(1) *Loc. cit.* — Commun. à l'Acad. de méd.

nifesta encore avec ses caractères propres, sans complication aucune. Après m'être assuré, par ces vaccinations, de l'innocuité de la lymphe vaccinale fournie directement par la génisse, j'ai remis six tubes, que j'avais conservés, à trois de mes collègues et amis, qui les utilisèrent pour leurs vaccinations. L'un d'eux, ayant gardé le vaccin trop longtemps avant de l'employer, le vit échouer tout à fait entre ses mains. Les deux autres l'inoculèrent avec succès à un assez grand nombre d'enfants; et dans les transmissions successives qu'ils lui firent éprouver, ils ne constatèrent aucune différence entre ses effets et ceux du vaccin ordinaire. Ils ne purent se douter et ne se doutent pas encore que le vaccin qu'ils employèrent dans cette circonstance s'était développé à côté du virus variolique.

Ainsi, cultivé pendant deux générations sur l'espèce bovine, en même temps que le virus variolique, le virus vaccin conserve tous ses caractères propres, et particulièrement sa bénignité.

2. Inoculation simultanée, par piqures distinctes, du virus variolique et du virus vaccin recueillis sur le même sujet. — En se rencontrant, dans l'espèce bovine ou l'espèce chevaline, le virus variolique et le virus vaccin, venus de deux sources différentes, ne peuvent donc s'influencer réciproquement et gardent leur autonomie. Mais on pouvait se demander si les choses se passeraient de la même manière dans le cas où les deux virus, au lieu d'être empruntés à un variolifère et à un vaccinifère distincts, seraient fournis par le même individu.

Quand un sujet, placé sous le coup d'une infection variolique, subit à temps une vaccination, les deux éruptions se développent et marchent simultanément, comme on le voit sur les animaux inoculés. Ces éruptions suivent alors leur cours régulier, sans éprouver de modifications sensibles dans leurs caractères, mais non sans avoir agi l'une sur

l'autre, car il est généralement admis que la variole se montre alors plus bénigne, au moins lorsque la vaccination a précédé suffisamment l'éruption variolique. Cela ne suffit pas, il est vrai, quand bien même le fait de cette atténuation, serait plus évident et plus constant, pour autoriser l'hypothèse d'un changement dans la nature et les propriétés de la variole. Mais de par ce fait, il incombe à l'expérimentateur l'obligation de chercher directement si, en se développant dans son milieu propre, l'homme, à côté de la vaccine, le virus variolique ne peut éprouver, de cette promiscuité, une influence plus marquée que quand il évolue sur le cheval ou sur le bœuf. Chez ces animaux, en effet, le virus variolique ne se trouve plus sur son terrain. Leur organisme est en partie rebelle à la culture de ce virus, et il était permis de supposer que, si ce défaut d'appropriation s'oppose à la complète manifestation des caractères normaux de la variole, il peut bien aussi l'empêcher d'en acquérir de nouveaux.

Voilà pourquoi il était nécessaire de chercher expérimentalement si, pour se transformer en vaccine, en passant dans l'organisme des animaux, le virus variolique n'a pas besoin de s'être trouvé préalablement au contact du virus vaccinal dans l'organisme humain. Voyons ce qui arrive de l'inoculation simultanée des deux virus au bœuf, dans le cas où ils ont subi cette sorte de préparation.

Parmi les quelques cas d'éruption simultanée, de la vaccine et de la variole, que j'ai pu observer dans l'espèce humaine, il s'en est trouvé un qui m'a été signalé à temps pour me permettre de recueillir sur les deux sortes de pustules du virus de bonne qualité. Les deux éruptions avaient été quasi contemporaines. L'une et l'autre me fournirent au même moment, vers le sixième jour, une notable quantité de lymphe. Les deux virus furent inoculés à deux vaches, sur lesquelles se manifestèrent les deux éruptions variolique et

vaccinale, avec leurs caractères types et parfaitement distinctifs.

J'aurais bien désiré rapporter à l'espèce humaine les deux virus fournis par les boutons de ces deux animaux. Mais je m'en suis dispensé, parce qu'il n'y avait pas nécessité absolue, les résultats prévus de cette expérience ne pouvant être qu'identiques à ceux des inoculations analogues qui sont racontées dans le précédent paragraphe. Les éruptions vaccinales et varioliques de ces deux dernières vaches, ont été, en effet, en tout semblables à celles que fait pousser l'inoculation des deux virus pris sur des sujets distincts. Il n'y a donc aucune raison de s'arrêter à la pensée d'une différence quelconque des effets provoqués dans les deux cas, et l'on est autorisé à conclure que *l'évolution simultanée de la vaccine et de la variole, dans l'espèce humaine n'imprime au virus de cette dernière maladie aucune modification dans sa nature.*

Aucune autre expérience que celles de cette série, sur le développement simultané de la vaccine et de la variole dans le même organisme, ne me paraît plus propre à éclairer sur la nature des rapports qui unissent ces deux maladies Aucune n'offre une plus grande portée et ne frappe d'avantage l'esprit de l'observateur. C'est surtout quand on rapproche ces expériences et qu'on les compare, que leur signification paraît évidente.

Recueillez sur une vache du virus variolique et du virus vaccin cultivés simultanément à côté l'un de l'autre, et inoculez-les tous les deux à des enfants. Celui qui aura reçu le premier prendra la variole; celui qui aura reçu le second prendra la vaccine.

Empruntez à l'homme du virus variolique et du virus vaccin développés simultanément à côté l'un de l'autre, et inoculez-les tous les deux sur la même vache. Celle-ci prendra une éruption varioleuse dans le lieu de l'inocula-

tion du virus variolique, et une éruption vaccinale là où le vaccin a été inséré. On reproduira ainsi exactement les conditions de la vache de la première expérience.

Ce rapprochement est tout à fait instructif. Les expériences dont il fait valoir réciproquement les résultats, prouvent avec la dernière évidence *l'autonomie respective de la vaccine et de la variole, en montrant que les virus de ces deux maladies restent entièrement indépendants l'un de l'autre, même quand ils se développent ensemble dans le même organisme.*

3° Inoculation simultanée du virus variolique et du virus vaccin mélangés intimement et introduits ensemble dans les mêmes piqures. — Il s'agit maintenant d'étudier la question de la culture simultanée de la variole et de la vaccine, non-seulement en rapprochant le virus sur le même organisme, mais en les greffant ensemble dans la même lésion. L'intimité des rapports établis alors entre les deux virus peut-elle les influencer réciproquement ? voilà le point qu'il nous reste à étudier.

Quand on mêle ensemble le contenu d'un tube de lymphe vaccinal et celui d'un tube de lymphe variolique, lorsque l'inoculation du mélange est faite sur des animaux de l'espèce chevaline ou de l'espèce bovine, *on n'obtient jamais autre chose que les effets de l'inoculation de la lymphe vaccinale pure*. S'il y a des différences, elles portent seulement sur la marche des pustules qui est peut-être moins rapide, ce que je n'oserais affirmer du reste, les éruptions à marche lente, et comme pénible, que j'ai observées alors se montrant aussi dans le cas d'inoculations vaccinales simples.

C'est surtout sur le bœuf que j'ai fait ces inoculations de lymphe mixte. Je les ai multipliées à diverses époques, depuis cinq ans, et j'ai pu même deux fois opérer une série de transmissions successives du bœuf au bœuf. Dans tous

les cas, j'ai suivi jour par jour, avec le plus grand soin, l'évolution des boutons produits par ces inoculations; toujours ces boutons ont présenté, dans tous leurs caractères, une identité complète avec les pustules vaccinales ordinaires, sans aucune complication d'éruptions secondaires ou de troubles généraux dans la santé. La vaccine s'est donc développée absolument comme si le virus variolique n'avait pas été présent à côté du virus vaccinal. Fallait-il penser que celui-ci avait tué celui-là? Ou bien acceptant l'hypothèse de l'évolution simultanée des deux virus dans ces pustules vaccinales, d'apparence régulière et homogène, devait-on supposer que les effets objectifs du virus variolique se trouvaient simplement masqués par ceux du virus vaccin. L'inoculation à l'homme de la lymphe élaborée par ces pustules, pouvait seule permettre de se prononcer pour l'une ou l'autre explication.

Si je m'en rapportais seulement à mes expériences personnelles, ce serait à la première qu'il faudrait se rattacher.

Le virus variolique, placé immédiatement à côté du virus vaccinal, serait tué par ce dernier dans la pustule produite chez le bœuf par l'injection de la lymphe mixte. En effet, quand j'ai inoculé à l'espèce humaine la sérosité élaborée dans cette pustule, je n'ai produit que la *vaccine*, c'est-à-dire une éruption locale, sans grave malaise généraux et *sans éruption d'aucune sorte*. Mais les conditions dans lesquelles cette inoculation a été faite ne permettent point d'accorder au fait de son innocuité la signification qui, au premier abord, semble en être la conséquence nécessaire. C'est ce que je vais expliquer en peu de mots. Il me suffira de dire que la lymphe employée dans cette circonstance n'a pas été prise dans des pustules de transmission directe. On l'a prise à un bœuf sur lequel le virus double n'était arrivé qu'après six transmissions successives. Or,

ces transmissions qui ne prouvent en rien, si multipliées qu'elles soient, l'activité du virus vaccin, altèrent le virus variolique au point d'éteindre tout à fait ses propriétés à partir de la quatrième génération. Les expériences racontées plus haut en font foi. Il y a donc tout lieu de croire que, dans le cas actuel, l'organisme du bœuf a exercé sur la lymphe mixte soumise à l'inoculation une sorte d'action dialytique qui a laissé passer le virus vaccinal en arrêtant complétement le virus variolique. On ne saurait, en effet, imaginer comme cause capable de faire que l'influence exercée par l'organisme du bœuf sur le virus variolique transmis à l'état isolé cesse de se faire sentir sur le virus inoculé en même temps que le vaccin. De cette manière les enfants inoculés dans l'expérience dont nous cherchons à apprécier les résultats, l'auraient été avec le virus vaccin seul, et il est tout naturel que ces enfants aient contracté la vaccine purement et simplement.

C'était dans la sérosité extraite des pustules produites par la première inoculation de la lymphe mixte au bœuf qu'il eût fallu rechercher la présence du virus variolique, en inoculant cette sérosité à l'enfant. Je n'y eusse pas manqué si l'exécution de cette expérience s'était présentée au commencement de mes recherches, alors que, autorisé de l'exemple encourageant de Ceely, Thielé et autres, je ne craignais pas d'étudier sur l'homme les effets de la variolation médiate. Mais je venais d'avoir une série malheureuse de quatre cas de variole grave déterminés de cette manière : je ne me suis plus cru permis de donner suite à ces études. De là une lacune importante dans l'ensemble de mes recherches personnelles.

Heureusement il sera facile de combler cette lacune en se servant de matériaux étrangers. Ce que je n'ai pas osé faire, Ceely l'a accompli, sans le savoir il est vrai. Je vais

le démontrer en soumettant à une critique rigoureuse les tentatives de cet auteur, pour transformer la variole en vaccine, par transplantation chez le bœuf du virus variolique emprunté à l'espèce humaine. C'est là une des rares circonstances dans lesquelles je serai obligé de me départir de ma méthode générale de démonstration et d'exposition.

Examen critique des faits de Ceely sur la transformation de la variole en vaccine. — Je commencerai par déclarer que le travail de Ceely porte le cachet de la plus entière bonne foi. Il faut accepter avec confiance les faits qu'il raconte, mais en s'éclairant, pour interpréter ces faits, des lumières qui se dégagent si vives de l'imposant ensemble d'expériences dont je viens de faire l'histoire (1).

Ceely a tenté de communiquer la variole à six animaux de l'espèce bovine, divisés en deux séries de trois animaux chaque.

Les sujets de la première série furent d'abord enveloppés avec des draps et des couvertures ayant servi à des varioleux; une quinzaine de jours après on leur inocula du virus variolique, à la lancette ou à l'aide de sétons filiformes passés à travers la peau. Il n'y eut de cette tentative aucun *résultat apparent*. Mais ajoutons de suite que *la vaccine ne put être inoculée plus tard à ces animaux,* malgré les soins tout particuliers qui furent pris pour pratiquer la vaccination. Ces résultats parurent à Ceely bien peu concluants, très-peu satisfaisants, et il est assez curieux de constater l'espèce de découragement avec lequel il en parle : « This, to me, at least, did not appear to be a land of pro-« mise, but a *terra incognita*, enveloped in clouds and ab-

(1) Consulter le travail de Ceely: *Observations on the variolæ vaccinæ as the occasionally appear in the vale of Aylesbury, with an account of some recent experiments in the vaccination, retro-vaccination, and variolation of cows.*

« ounding in mists, and where retreat was as difficult as « advance was discouraging. » Mais ces résultats si vagues et si obscurs pour Ceely, sont au contraire pour nous de la plus grande clarté. Il est évident que ces trois sujets ont été *variolés*, sinon par la première opération, l'enveloppement, du moins par la seconde, l'inoculation. Les effets locaux de cette inoculation ont été méconnus parce que Ceely, cherchant et attendant une éruption semblable à celle de l'homme, a laissé passer sans les apercevoir les petites papules qui constituent chez le bœuf toute l'éruption de la variole. *Sur ces animaux, du reste, la variolation a été rendue évidente par les effets négatifs de la vaccination ultérieure*, fait important qui sera examiné plus loin avec toute l'attention qu'il mérite.

Dans les expériences de la seconde série, l'inoculation du virus varioleux est encore pratiquée à l'aide de sétons et de piqûres à la peau; mais ces dernières furent faites avec des soins tout particuliers, pour effectuer d'une manière tout à fait certaine la pénétration du virus varioleux. Ainsi, avec un bistouri droit ou une large lancette enfoncée dans la peau et traversant toute l'épaisseur du derme on fit des piqûres relativement grandes, qui furent ensuite irritées avec des pointes (de larges dents de peigne) chargées de virus varioleux plusieurs heures auparavant. De plus ces piqûres furent parfois arrosées en même temps avec le même virus recueilli dans des tubes. J'indique ces particularités dans l'opération de l'inoculation, parce qu'elles ont leur importance, au point de vue de l'explication des effets constatés dans ces nouvelles expériences.

L'une d'elles, la troisième, considérée par Ceely comme ayant entièrement échoué (*I considered this a failure*,) a cependant donné des résultats positifs, et de fort beaux résultats, dont Ceely n'a pas tenu compte, pour la raison exposée plus haut. Et, en effet, dans deux tentatives de

variolation, pratiquées successivement à quinze jours de distance, on vit se produire, la première fois surtout, sur les piqûres d'inoculation, les papules tuberculeuses caractéristiques de la variole bovine. De plus, l'épreuve de la vaccination tentée, neuf mois après, sur cette bête, *avec de la lymphe primaire* (lymphe fournie directement par une éruption naturelle de cow-pox), ne donna que des résultats négatifs, tandis que cette même lymphe fut inoculée avec succès à deux autres animaux.

Ainsi, jusqu'à présent, les résultats obtenus par Ceely se montrent complétement identiques aux miens, et j'ajouterai qu'ils sont également identiques à eux-mêmes, malgré les différences *apparentes* constatées dans les effets locaux de l'inoculation. Si, en effet, sur le sujet de cette dernière expérience, les effets ont été plus marqués que chez les autres, où ils ont échappé à l'observation, cela tient à la manière différente dont on a procédé à l'inoculation dans les deux cas. Le dernier sujet a reçu plus de virus dans des piqûres plus larges et plus profondes; il était naturel que les lésions locales produites par l'inoculation fussent plus évidentes.

Examinons maintenant les deux autres expériences de cette série, les seules dont Ceely et ses partisans aient tenu compte, parce que ce sont *les seules où l'inoculation du virus varioleux ait paru produire des pustules vaccinales*.

Dans la première, rien ne fait penser, pendant les huit premiers jours, que les choses se passeront autrement que sur le précédent animal. Les piqûres d'inoculation se tuméfient, c'est-à-dire prennent le caractère papuleux et deviennent ainsi le siége de l'éruption caractéristique produite chez le bœuf par l'inoculation de la variole, et c'est tout. Aussi, le neuvième jour, Ceely, ne voyant là aucune altération matérielle digne d'attention, passe outre et vaccine

l'animal. Mais le lendemain de cette vaccination, en examinant le sujet, il constate qu'un des points *variolés* antérieurement a pris la forme et l'apparence d'une pustule vaccinale. Et, en effet, les caractères qu'il en donne, les figures qui la représentent aux diverses périodes de son inoculation, la comparaison avec les tubercules purement varioliques ne permettent pas de se méprendre sur la nature de cette pustule. *C'est bien un très-beau bouton de vaccine;* il n'y a pas à en douter. D'où vient ce bouton? Par quelle cause a-t-il pu se développer dans ce lieu? Voilà ce qu'il faut examiner maintenant.

Il ne faut pas penser à attribuer la production de cette pustule vaccinale à l'effet pur et simple de l'inoculation variolique. Autrement on aurait à se demander pourquoi ce mode de manifestation de l'infection varioleuse ne s'est présenté ni sur les autres piqûres faites au même animal, ni sur les précédents animaux de Ceely, ni dans mes propres expériences. Le nombre total des piqûres d'inoculation variolique que j'ai faites, dans ces expériences, s'élève à quatre ou cinq cents au moins, réparties sur plus de soixante-dix animaux différents. Je n'en ai peut-être pas vu manquer une seule. Toutes ont produit les résultats positifs que l'on sait : papules tuberculeuses dont la lymphe lui donne la variole quand elle est inoculée à l'homme. Une pustule vaccinale, dans ce cas, c'est donc un *accident*, et cet accident ne peut s'expliquer que par une *inoculation vaccinale accidentelle, compliquant l'inoculation variolique.* Il n'y a pas d'autre interprétation possible.

Dans le cas actuel de Ceely, cette complication peut-elle être considérée comme étant du fait de la vaccination pratiquée ultérieurement sur l'animal? Non; car l'apparition et le développement complet de la pustule ont suivi de trop près la seconde opération, pour qu'ils puissent être attribués à une action quelconque, directe ou indirecte, de

cette vaccination. Les effets propres de celle-ci n'ont pas manqué du reste, et se sont manifestés plus tardivement.

Le vrai mécanisme de cette inoculation vaccinale accidentelle doit être cherché, selon moi, dans *le fait probable d'une contamination de la lancette qui a servi à pratiquer les profondes incisions dans lesquelles on a introduit le virus variolique*. Une lancette mal essuyée, telle serait, en définitive, l'origine du fait principal qui a servi d'argument aux partisans de la transformation de la variole en vaccine par l'organisme du bœuf ! C'est la seconde fois que je fais intervenir cette explication, et je vais tout à l'heure m'en servir une troisième. Qu'on ne s'en étonne pas. L'accident que je signale arrive si facilement ! Une fois j'ai pu communiquer la morve à un cheval en lui inoculant du vaccin ! Et cependant j'ai la prétention d'affirmer que, dans aucun laboratoire, on n'apporte plus de soins que dans le mien aux détails méticuleux de l'expérimentation. Dans mon opinion, la lancette de Ceely avait donc servi à des vaccinations antérieures, et il était resté sur la lame de l'instrument une petite quantité de vaccin desséché. A la première ponction, la lancette s'est essuyée ; le vaccin qui la souillait est resté dans la plaie, et les autres piqûres ont pu échapper ainsi aux chances d'infection vaccinale accidentelle.

Ce qui donne du poids à cette interprétation, c'est que la place occupée par la piqûre vaccinogène indique très-clairement que cette piqûre a dû être exécutée la première. Ceely a fait en tout sept piqûres : cinq en ligne verticale, sur le côté gauche de la vulve ; deux au-dessous de la commissure inférieure. Il y a tout lieu de penser que les cinq piqûres latérales ont été faites les premières, parce qu'elles sont au premier rang dans l'énumération de Ceely et qu'elles occupent la région la plus favorable. De plus, tout fait croire que ces cinq inoculations ont été pratiquées de bas en haut. En effet, en jetant les yeux sur les

figures de Ceely, on voit au-dessous de la piqûre inférieure un grand espace vide; et il est clair que, si les piqûres avaient été faites de haut en bas, Ceely aurait utilisé cet espace favorable pour placer ses deux dernières piqûres, au lieu de les reporter au-dessous de la vulve. Il est plus naturel de supposer que Ceely, ayant commencé ses piqûres par en bas, et ne trouvant plus en haut de place favorable pour la sixième et la septième, s'est vu dans la nécessité de les mettre ailleurs. S'il en est ainsi, c'est donc la plus inférieure des piqûres latérales qui a dû être exécutée la première. Or, c'est justement cette piqûre qui est devenue vaccinogène.

Quelle que soit la valeur de cette explication, il n'en est pas moins certain qu'une inoculation vaccinale quelconque a été faite *accidentellement* dans cette piqûre, en même temps que l'inoculation variolique. Et comme la lymphe extraite de la pustule, qui est résultée de cette double inoculation, a été transportée directement par Ceely sur l'espèce humaine, nous pourrons tout à l'heure, en analysant les effets de ces inoculations, décider si le virus variolique s'est développé à côté du virus vaccinal dans la lésion produite par ce dernier.

Cet examen critique détaillé de la première expérience *positive* de Ceely dispensera de s'arrêter longtemps sur la seconde. Comme pour la troisième expérience de la série, il y eut deux tentatives successives de variolation pratiquées exactement dans les mêmes conditions que celles de cette troisième expérience, dont les résultats furent considérés comme nuls par Ceely. Cette fois, à la deuxième tentative, quatre piqûres sur huit produisent des pustules vaccinales. Je me bornerai à faire remarquer que ces pustules ne sont pas disséminées çà et là; elles se montrent groupées les unes à côté des autres, et se sont toutes développées sur les piqûres inférieures, qui, d'après moi,

ont dû être faites les premières. Je les considère donc comme ayant la même origine que la pustule unique de la première expérience.

Il n'est pas sans intérêt, au sujet de la valeur de cette interprétation, d'appeler l'attention sur la remarque suivante. Ceely fait le même jour, avec le même virus et dans les mêmes conditions, une première tentative de variolation sur chacun des animaux de sa deuxième série. Une seule pustule vaccinale résulte de cette inoculation, et elle se développe sur le *premier animal* et probablement sur la *première piqûre* faite à cet animal. Une deuxième variolasion est tentée, toujours dans des conditions identiques, sur les deux sujets qui, d'après Ceely, avaient échappé à l'action de la première : on fait seize piqûres en tout ; quatre pustules vaccinales se manifestent, et c'est encore presque certainement sur le *premier animal* inoculé et les *premières piqûres* d'inoculation. Tout concourt donc à faire penser que la *vaccination accidentelle* qui est venue, sans aucun doute, dans deux des expériences de Ceely, compliquer les effets de la *variolation* s'est opérée par le mécanisme décrit plus haut.

Cherchons maintenant si, dans ces *pustules vaccinales accidentelles*, le virus variolique s'est développé à côté du virus vaccin.

D'après l'opinion de Ceely, la lymphe vaccinale, recueillie sur les animaux de ces deux expériences et transportée sur l'espèce humaine, se serait comportée comme la lymphe vaccinale naturelle, dans les nombreuses transmissions successives auxquelles cette lymphe a été soumise. Mais il n'est pas difficile de s'assurer, en lisant avec soin les observations de Ceely, que cette appréciation *ultra-bienveillante* de l'auteur à l'égard de son virus, n'est pas du tout en rapport avec les faits. La gravité des symptômes généraux qui furent assez souvent déterminés par ces inoculations, la

fréquence, les caractères et parfois l'abondance des éruptions secondaires qui en résultèrent ne permettent pas de rapporter ces phénomènes à la manifestation de la vaccine *seule*. Il suffit, pour se prononcer ainsi, de comparer, dans le mémoire même de Ceely, ces effets avec ceux de la lymphe primaire provenant du cow-pox naturel. Et cependant Ceely, à son insu et par une pente toute naturelle, se laisse entraîner à peindre ces derniers avec des couleurs un peu chargées. Une indication complète de tous les détails qui se rapportent à cette discussion m'éloignerait du but que je vise. Je n'en relèverai que deux; et cela suffira.

La première inoculation à l'homme, dans les expériences de Ceely, fut faite par hasard sur son assistant M. Taylor. Pendant que Ceely recueillait, sur le premier animal de la seconde série, le virus de la pustule vaccinale, M. Taylor se piqua accidentellement à la main avec la lancette qui avait servi à ouvrir cette pustule, et qui était humectée de lymphe. Cet accident fut suivi des plus remarquables phénomènes. Le quatrième jour, il se développa, sur le lieu de la piqûre, une élevure papuleuse, dure, d'un rouge foncé. Le cinquième jour, c'était une pustule (*a papulo-vesicular elevation*) entourée d'une aréole rouge sombre; il en résulte beaucoup de douleur dans la main. Vers le soir, il survient de la céphalalgie et d'autres symptômes fébriles, et il pousse, avec une roséole, une éruption de papules rouges sur le cou et d'autres parties du corps. Le sixième jour, l'aréole qui entoure le bouton s'est étendue davantage et est devenue plus claire. Celui-ci, moins saillant, se montre plus parfaitement vésiculeux. *Les symptômes constitutionnels ont augmenté, et les papules qui couvrent la face, le cou, le tronc, les membres sont de couleur cendrée à leur sommet; vues à la loupe, ces papules paraissent avoir une petite dépression centrale.* Le septième jour, il fut manifeste que la maladie avait atteint son apogée le jour précédent. L'aréole

avait diminué, la vésicule était plus apparente, un certain nombre de papules présentaient à leur sommet la couleur paille claire, et la roséole était en déclin ; avec cela, affaiblissement des symptômes fébriles, et diminution de la sensibilité de l'aisselle. Le huitième jour, l'amélioration est plus marquée, quoique la céphalalgie persiste, *les papules sont plus jaunes, et il y en a qui sont en dessication....*
J'ajouterai, pour compléter cette intéressante observation, dont j'ai emprunté le détail presque textuellement à Ceely, que M. Taylor avait été vacciné dans son enfance et avait eu même ensuite « *modified small-pox.* »

Que signifient cette éruption généralisée de *boutons vésiculeux* légèrement ombiliqués, aboutissant à la formation de croûtes jaunes et les graves symptômes constitutionnels qui ont accompagné cette éruption? Si ce n'est pas là un cas type de ces varioles faibles, dites varioloïdes, si fréquemment observées chez les sujets vaccinés antérieurement ou qui ont eu déjà la petite vérole, il faut que les médecins cliniciens renoncent à faire de la nosographie. Mais je ne crains pas de dire que ce fait se présentant, dégagé de toutes les circonstances qui l'ont entouré, à n'importe quel praticien familiarisé avec la vaccine et la petite vérole, il n'y aurait pas la moindre hésitation sur le diagnostic Que si, maintenant, l'on tient compte de ces circonstances, que si l'on considère que l'infection, cause de l'éruption, a été opérée avec la lymphe d'une pustule issue de l'inoculation d'un mélange de virus vaccin et de virus varioleux, il y aura encore moins à hésiter sur la signification de cette éruption. Le doute, au moins, n'est plus possible aujourd'hui, après mes expériences sur l'inoculation à l'homme du virus variolique *pur*, qui a passé à travers l'organisme des animaux.

Comment Ceely, après avoir si clairement décrit les effets de cette inoculation accidentelle, a-t-il pu se

décider à les regarder comme appartenant purement et simplement à la vaccine ? « This was evidently modified vaccine in a sanguine habit with roseola and vesicular or vaccine lichen. » Ceci étonne d'autant plus que Ceely, avant de raconter cette première expérience accidentelle, avoue qu'elle a considérablement augmenté son inquiétude au sujet des suites probables de la série d'inoculations qu'il voulait faire : « My concern was not a little increased, *for a time*, by the folloving incident. » Mais Ceely avait la conviction — justifiée du reste — que la lymphe, cause de ces accidents, avait été puisée dans une pustule vaccinale. Il croyait que cette pustule provenait directement de l'inoculation du virus variolique de l'homme à la vache. De là à penser que ce virus s'était changé en virus vaccin dans l'organisme de la vache, il n'y avait qu'un pas à faire, et il est facile de voir que Ceely l'avait déjà franchi avant de tenter sur l'homme l'inoculation de la lymphe de sa pustule vaccino-variolique. Aussi, si la description des effets produits par cette inoculation n'a subi que très-légèrement, dans les récits de Ceely, l'influence de cette forte idée préconçue (je me plais à répéter que Ceely parle avec la plus entière bonne foi), il n'en est pas de même de l'interprétation de ces résultats. L'exemple du fait de M. Taylor en fait foi : était-ce une varioloïde, était-ce une vaccine généralisée? Ceely ne se pose même pas la question ! Et l'on avouera qu'il y avait là, pour le moins, matière à discussion.

Dans le second fait dont j'ai à parler, cette question du diagnostic différentiel fut posée, mais non pas par Ceely. Ce furent les parents de l'enfant, sujet de cette observation, leurs amis et leurs voisins qui se demandèrent si l'enfant n'avait pas la petite vérole et ils le crurent si bien que Ceely avoue avoir eu beaucoup de peine à leur persuader le contraire. « In a robust infant, aged six months, vacci-

« nated at the sixth remove from the second experiment,
« at the incursion of the primary symptoms, an eruption of
« scrophulus volaticus appeared of unusual severity, atten-
« ded with much constitutional disturbance. The summits
« both of the solitary and clustered papulæ, were vesicu-
« lated to an extraordinary degree; and the eruption being
« so thickly strewed on the face and body. I found it diffi-
« cult to convince the parents, their friends and neighbours
« that it was not small-pox. »

Vraiment ne faut-il pas avoir une foi bien robuste, après avoir raconté ainsi cette expérience, pour ne voir dans ce résultat que l'effet de la vaccine ? Et un nombre notable de faits analogues sont signalés, soit dans le mémoire de Ceely, soit ailleurs, sans compter les cas extrêmement nombreux d'éruptions secondaires discrètes, tantôt localisées dans la région inoculée, tantôt répandues ailleurs. Si disposé que l'on soit à admettre la fréquence de ces éruptions, dans les cas de transmissions de la vaccine primitive, on verra toujours une différence énorme entre les effets de celle-ci et ceux de la lymphe de Ceely. Seule cette dernière est capable de déterminer, avec la fréquence et la gravité signalées par cet auteur, les troubles généraux qui accompagnent l'éruption ; *seule cette lymphe peut rendre les adultes malades au point de les forcer à garder* « *le lit* : « In adults, of course, more complaint was made ;
« headache chilliness, anorexia, and sometimes thirst, on
« the fifth or sixth day, increased on the seventh day, with
« axillary tenderness; but on the ninth and tenth days
« much general febrile complaint, disinclination, and
« even inability to leave the bed. »

Il résulte, en résumé, de cette discussion, que, *dans la pustule produite chez le bœuf par l'inoculation d'un mélange de virus variolique et de virus vaccin, ces deux virus se développent et se multiplient l'un à côté de l'autre sans*

se confondre, en sorte que la lymphe de cette pustule inoculée à l'homme lui communique à la fois les deux maladies. Je ne retiens, pour le moment, que cette conclusion relative à l'indépendance réciproque de la vaccine et de la variole; mais j'aurai à revenir plus loin, à un autre point de vue, sur les importantes expériences de Ceely. Ces expériences ont été, en somme, plus innocentes que les miennes, et leurs effets moins dangereux que ceux de l'inoculation variolique directe; il faudra expliquer cette innocuité relative.

d. L'infection variolique par les voies naturelles peut-elle être plus effective que l'inoculation pour opérer, chez les animaux, la transformation de la variole en vaccine ?

La conclusion qui résulte des expériences précédentes est passible encore d'une objection qu'il faut examiner maintenant. Si la nature effectue la transformation de la variole en vaccine, il est évident que ce n'est pas par les procédés dont il a été question jusqu'à présent, et qui ont si complétement échoué entre nos mains. Dans ces expériences en effet, pour mettre le virus variolique en rapport avec l'animal, on a toujours eu recours à une *inoculation*, c'est-à-dire une *effraction*, qui fait pénétrer de force le virus dans la profondeur des tissus. Or, il est évident que ce n'est pas ainsi que la nature introduit le virus dans l'organisme. Elle se sert des surfaces normales d'absorption qui, par cette raison, sont dites les *voies naturelles* de l'infection. Aurait-on chance, en imitant tout à fait sous ce rapport les procédés de la nature, de voir disparaître, de modifier, d'atténuer tout au moins l'inaptitude des animaux à la transformation de la variole en vaccin? *A priori*, on peut répondre : non. C'est qu'en effet l'histoire générale des virus nous apprend que, si le mode suivant lequel ils sont mis

en contact avec l'organisme animal peut, dans une certaine mesure, influer sur leurs manifestations, il n'est jamais imprimé à ces manifestations un caractère permanent qui puisse en assurer la perpétuité, la transmission indéfinie. Les virus conservent dans tous les cas leurs propriétés spéciales et donnent lieu constamment à la même maladie, toujours identique à elle-même, toujours *une* sous ses diverses formes. Aucune de ces formes ne peut être fixée ; toutes sont fugitives, paraissent et disparaissent avec leurs conditions d'existence. Cette question générale se représentera plus loin en meilleure place pour être examinée et discutée. Il n'en sera pas parlé davantage ici. Mais restreinte à la signification qui lui a été donnée par les termes dans lesquels elle vient d'être émise, le proposition ci-dessus ne trouvera pas de vrais contradicteurs. Aussi justifie-t-elle, dès à présent et en l'absence de la démonstration ultérieure qui est réservée à l'ensemble de toutes les conséquences que renferme cette proposition, la négation par laquelle on a résolu, *à priori* la question qui fait l'objet de ce paragraphe.

Cependant cela n'a pas empêché de s'assurer, par l'expérimentation directe, si en faisant pénétrer le virus variolique dans l'organisme des animaux autrement quo par l'inoculation sous-épidermique ou sous-dermique, on ne réussirait pas à imprimer, *définitivement*, à la variole les caractères de la vaccine. Je puis citer, 1° deux tentatives d'infection variolique par les voies respiratoires faites sur le cheval ; 2° trois tentatives d'infection variolique par les voies digestives exécutées sur le cheval et deux autres chez la vache ; 3° deux injections dans la jugulaire chez le cheval et une chez la vache ; 4° les nombreuses injections de même nature faites sur ce dernier animal et avec d'énormes quantités de virus par le professeur Héring, qui a eu le premier l'idée de chercher à produire ainsi la vaccine. Or, toutes ces tenta-

tives ont complétement échoué. Les résultats se sont montrés plus que *négatifs*; ils ont été *nuls*. Ces animaux n'ont pas plus pris la variole que la vaccine. J'ajoute en ce qui concerne ceux que j'ai observés moi-même, qu'ils ont pu être ensuite tous vaccinés avec succès. Ainsi, non-seulement les animaux ne peuvent faire de la vaccine en prenant le virus variolique par les voies naturelles de l'infection, mais il ne paraît même pas qu'ils puissent faire ainsi de la variole. Au moins résulte-t-il des expériences précédentes que la chose doit être fort difficile, sinon absolument impossible.

On objectera peut-être que ces expériences sont trop peu nombreuses pour juger cette question sans appel; j'avouerai de bonne grâce que le nombre total se montre bien peu élevé, quand on le compare à celui des expériences si multipliées dans lesquelles j'ai étudié les effets de l'inoculation variolique ordinaire. Mais je ne dissimulerai pas la répugnance que j'aurais à revenir aux premières. Avec l'inoculation variolique proprement dite, on voit ce que l'on fait; dans tous les cas, *sans exception*, il naît quelque chose, on obtient un résultat; négatif en ce qui concerne la transformation de la variole en vaccine, positif en ce sens que l'animal prend la variole à sa manière et en subit l'influence comme il est capable de le faire; et par ce double fait ces expériences possèdent une valeur que les premières ne pourront jamais acquérir. Avec les autres modes d'infection variolique, en effet, la *nullité absolue* du résultat ne permet pas de tirer de ce procédé les éclaircissements précieux que donne le résultat de l'inoculation proprement dite. Il n'y a donc aucun motif d'encouragement à poursuivre les expériences qui avortent ainsi.

La conclusion à tirer de tout ceci, c'est que, si la nature peut transformer la variole en vaccine, elle a des procédés à elle qui nous sont inconnus et que nous ne pouvons pas même soupçonner. A ceux dont la croyance en la transfor-

mation de la variole en vaccine n'est pas ébranlée, par l'étude qui vient d'être faite, de ehercher ces proeédés.

e. — Conclusions sur la nature des rapports qui existent entre la variole et la vaccine.

Ce paragraphe terminal pourrait être un des plus longs et des plus nourris de ce chapitre sur l'autonomie de la vaccine. En effet, après avoir démontré que la vaccine et la variole sont deux maladies complétement indépendantes, il n'en reste pas moins vrai que ces deux maladies ont entre elles les rapports les plus intimes, en raison de l'action si évidente et si connue qu'elles exercent l'une sur l'autre, au point de vue de l'immunité. Il y aurait donc à déterminer la nature de ces rapports et à ehereher par quel procédé la variole et la vaeeine s'influeneent ainsi réciproquement. Mais les points principaux de cette question importante ont leur place naturelle marquée ailleurs, particulièrement dans les études sur *l'immunité vaccino-variolique*. Aussi convient-t-il de n'insister en ce moment que sur un seul fait en connexion directe avec les expériences précédentes, et qui peut eoncourir à en accentuer la valeur et la signifieation, en montrant mieux encore que eela n'a été fait jusqu'à présent, l'indépendanee réciproque de la vaccine et de la variole.

L'animal variolé prend, comme eela a été si souvent répété dans la présente étude, une éruption papuleuse toujours très-légère chez le bœuf, toujours plus apparente chez le cheval. Cette éruption est absolument locale. Il ne pousse de papules que sur les points inoculés ; jamais il ne survient rien ailleurs, et, dans aucun cas, l'animal ne présente le moindre signe de fièvre, les traees du plus léger symptôme constitutionnel. Cette absence de toute réaction générale est si eomplète, qu'on peut se demander s'il y a

quelque chose de spécifique dans l'éruption locale déterminée par l'inoculation. Chez l'homme, en effet, cette innocuité ne se présente jamais. Aussi autoriserait-elle à supposer que le travail local de l'inoculation variolique, sur les animaux, est un processus purement inflammatoire, et non le signe évident d'une infection spécifique. L'hypothèse semblerait du reste confirmée par cette circonstance que ce travail local n'offre pas du tout les caractères de la pustule varioleuse, telle qu'elle s'observe chez l'homme. Dans cette hypothèse, il resterait, il est vrai, à expliquer pourquoi la papule d'inoculation variolique du cheval et du bœuf, si elle n'est pas spécifique, fournit un liquide capable de communiquer la variole à l'homme. Mais il suffirait, pour cette explication, d'admettre que le virus variolique inoculé aux animaux se conserve tel quel, en *quantité* et en *qualité*, dans la lésion inflammatoire qu'il détermine, et que c'est ce *virus lui-même* noyé dans la sérosité de cette lésion, qui est ensuite rapporté à l'espèce humaine.

Il y a donc là une grave difficulté. En adoptant cette interprétation, on ne donne rien, absolument rien aux partisans de l'identité de la variole et de la vaccine ; mais on enlève aux faits importants de la présente étude une partie de leur signification. Les résultats de l'inoculation variolique cutanée, que nous opposions tout à l'heure aux résultats négatifs ou nuls de l'infection par les voies naturelles, n'aurait plus la supériorité que nous leur avons attribuée. Il était donc important de déterminer exactement la signification de l'éruption papuleuse produite par cette inoculation cutanée.

Si cette éruption n'est pas un processus purement local et inflammatoire ; si elle a un caractère spécifique, elle peut être assimilée à l'éruption pustuleuse, presque toujours locale également, que l'inoculation vaccinale engendre dans l'espèce humaine ; et, de même que l'homme vacciné ne

prend plus, du moins immédiatement, la petite vérole, l'animal variolé doit se trouver garanti contre la vaccine. Il était facile de s'en assurer. L'expérience a été tentée. Voici les résultats qu'elle a donnés : quinze des animaux de l'espèce bovine que j'ai soumis à l'inoculation variolique ont subi plus tard une contre-inoculation vaccinale. Un seul a pris une éruption vaccinale type fort belle; trois ont eu des pustules rudimentaires et éphémères; tous les autres, au nombre de onze, ont été exempts d'éruption. Des résultats analogues ayant été obtenus sur le cheval, il n'y a pas à douter que les rapports constatés par Jenner, chez l'homme, entre la variole et la vaccine, n'existent également chez les animaux. Comme la vaccination protége l'homme contre la variole, de même la variolation empêche généralement le bœuf et le cheval de contracter la vaccine. L'effet local de cette variolation n'est donc pas un pur accident inflammatoire ; c'est le signe extérieur d'une infection générale, dont l'action sur l'organisme des animaux se fait sentir comme sur l'organisme de l'homme.

La signification de ce fait important, au point de vue de l'indépendance réciproque de la vaccine et de la variole, est tout à fait considérable et achève d'un manière très-heureuse la démonstration de cette indépendance. En montrant avec toute évidence que les animaux peuvent prendre la *vraie variole* de l'homme, caractérisée par sa réaction générale sur l'économie; en affirmant l'existence propre de cette maladie chez le cheval et chez le bœuf, ce fait enlève à l'opinion de l'identité de la vaccine et de la variole ses derniers appuis. Tant que la variole a été inconnue chez les animaux; tant qu'on n'a vu sur eux que la vaccine, cette opinion a pu se soutenir. Maintenant que l'on sait que les deux maladies sont capables d'atteindre l'organisme animal et qu'elles ne s'y transformeront jamais l'une dans l'autre, il faut bien reconnaître que la vaccine est une

chose et que la variole en est une autre, dans les animaux comme chez l'homme; l'indépendance respective de ces maladies est décidément prouvée.

Cette indépendance est complète, absolue, malgré la parenté étroite qui rapproche la variole et la vaccine. Les animaux vaccinés cèdent la vaccine à l'homme. Les animaux variolés ne peuvent lui donner que la variole. Dans les expériences dont j'ai rendu compte précédemment, la transmission à l'homme du virus variolique transplanté passagèrement, soit sur la vache, soit sur le cheval, a été opérée dix fois avec succès. « Les dix enfants qui ont subi « l'inoculation ont tous eu une éruption généralisée, dis- « crète et bénigne dans quatre cas, confluente et plus ou « moins grave dans les six autres cas. Sur ces six varioles « graves, trois, malgré l'intensité des symptômes, ne fu- « rent pas inquiétantes; deux mirent les malades à deux « doigts de leur perte; une entraîna la mort de l'enfant. « Ajoutons qu'un de ces six derniers sujets communiqua « sa maladie à sa mère et à un autre enfant. » Je ne saurais mieux terminer qu'en copiant textuellement ces quelques lignes, pleines d'enseignements, par lesquelles je résumais, il y a bientôt cinq ans, les résultats de ces expériences, devant mes collègues de l'académie de médecine (1). L'autonomie respective de la vaccine et de la variole, dans son principe comme dans ses conséquences, ressort si bien de ce court et triste bilan!

(1) *Loc. cit. — Communic. à l'Acad. de méd.* — A cette occasion, je crois devoir apprendre au public que, sans le zèle, le dévouement et le courage avec lesquels j'ai été assisté par M. Viennois, cette intéressante série d'inoculations varioliques n'aurait jamais pu être complète, malgré l'empressement que MM. Berne et Delore ont mis à me fournir les ressources de leur service. Que tous ces excellents amis reçoivent ici mes sincères remerciements.

Hôpital de Lourcine. — M. Fournier.

DES LOIS QUI PRÉSIDENT A L'ÉCLOSION

ET AU

DÉVELOPPEMENT DE LA SYPHILIS.

(Extrait d'une leçon recueillie par M. Percheron, Interne des hôpitaux.)

.....Ce que nous savons aujourd'hui, Messieurs, d'une façon certaine et péremptoire, c'est que la syphilis, au lieu d'être susceptible d'une évolution capricieuse, au lieu de distribuer ses manifestations au hasard, observe au contraire dans son évolution certaines règles fixes, et que, dans ses formes initiales notamment, elle est soumise à certaines lois dont elle ne s'écarte jamais, et que j'essaierai de vous formuler dans un instant.

Cela, Messieurs, nous le savons d'une façon qu'à nouveau je qualifie de péremptoire, grâce à l'observation clinique, grâce aussi à de nombreuses, de trop nombreuses expériences dont il faut que je vous entretienne, car j'aurai à les invoquer souvent dans le cours de ces leçons, et plus d'une fois elles nous serviront de critérium pour juger en dernier ressort certaines questions controversées. Voici ce à quoi je veux faire allusion.

Pour se soustraire aux erreurs possibles de l'observation clinique, quelques médecins se sont avisés de créer de toutes pièces des syphilis *expérimentales*, qu'ils faisaient éclore sous leurs yeux et dont ils surveillaient à loisir l'évolution dans ses moindres détails. Plus simplement, ils

ont inoculé la vérole à des individus sains, choisis comme sujets d'expériences. Si j'avais à juger ici la moralité de tels actes, je vous dirais énergiquement ce que j'en pense; mais je n'ai pas, heureusement, à me placer sur ce terrain, et je serai plus à l'aise pour rendre hommage au dévouement d'autres médecins, expérimentateurs d'un genre tout différent, qui voulant pénétrer le sècret de certaines questions obscures, relatives à la syphilis, se sont choisis eux-mêmes pour sujets de leurs observations, ont porté la lancette sur eux-mêmes, se sont inoculé à eux-mêmes la vérole. Honneur à ces derniers! Honneur au courage de ces véritables curieux de la science!

D'une façon ou d'une autre, l'homme servant de sujet à expérience, on lui a communiqué la vérole; et cela, Messieurs, de toutes les manières possibles, par tous les procédés imaginables. D'une part, on lui a inoculé différents liquides empruntés à des sujets vérolés : pus de chancre, de plaques muqueuses, de condylomes, de tubercules ulcérés, de pustules secondaires, d'acné; lymphe de papules sèches, sang de malades syphilitiques, etc. D'autre part, on a varié le plus ingénieusement du monde les procédés d'inoculation, pour mieux assurer l'absorption et la pénétration du virus dans l'économie : piqûre à la lancette, incision, scarification du derme qu'on recouvrait ensuite de charpie bien imprégnée du liquide en expérience, vésicatoire, grattage, abrasion de la peau, voire même injections sous-cutanées.

De la sorte s'est trouvée constituée une véritable collection de faits, qui, recueillis dans des conditions spéciales, à l'abri des incertitudes et des causes d'erreur de l'observation commune, peuvent être utilement et sûrement consultés pour la solution de divers problèmes. De la sorte s'est trouvé réuni, pour nous servir de guide dans les questions que nous aurons à débattre, un ensemble de

données précises et positives, assez chèrement acquises pour être désormais irrécusables, et servir de base à une saine doctrine de l'évolution naturelle de la syphilis.

Or, Messieurs, pour en venir au sujet que nous avons actuellement à discuter, de par les données de ces cas de syphilis expérimentale, comme aussi de par les résultats d'une saine observation clinique, il est acquis aujourd'hui, et cela bien définitivement, que la syphilis obéit dans son éclosion et dans son développement général à certaines règles fixes auxquelles on pourrait, sans trop de prétention, donner le nom de *lois*.

Ces lois, si vous me permettez de les appeler ainsi, je vais essayer de vous les formuler et de les justifier à vos yeux par une discussion méthodique.

C'est à l'exposé de ces lois que je consacrerai notre première conférence; car, de cet exposé résultera immédiatement pour vous une idée générale de l'évolution de la maladie, de son allure, de sa physionomie, de ses phases diverses et successives.

Voici ces lois :

I. La syphilis n'a pas de genèse spontanée, actuellement du moins. Elle résulte toujours d'une *contagion,* de la pénétration matérielle d'une substance virulente spéciale dans l'organisme.

II. Le premier phénomène appréciable qui résulte de cette contagion ne se manifeste jamais qu'après un laps de temps plus ou moins long, constituant une *incubation* véritable.

III. Le premier phénomène appréciable, qui résulte de la contagion ou de l'introduction artificielle de la matière virulente dans l'organisme, se manifeste toujours *au lieu*

même où a pénétré cette matière, en ce lieu et non ailleurs.

IV. L'accident primitif résultant *in situ* de la contagion reste toujours isolé, solitaire, pour un certain temps, pendant lequel il constitue ou paraît constituer l'*expression unique* qui trahit la maladie.

V. Ce n'est qu'au delà de ce temps qu'à cet accident d'apparence toute locale succède une explosion d'autres symptômes multiples et variés, lesquels diffèrent essentiellement de l'accident initial en ce qu'ils ne sont plus localisés comme lui au point même où s'est exercée la contagion, mais *disséminés* en tous points, *généralisés* sur tous les organes, *étendus* à tous les systèmes.

Exprimées ainsi d'une façon abstraite et magistrale, ces lois peuvent vous sembler obscures en quelques points. Je vais essayer de vous les rendre très-claires par ce qui va suivre.

La première est ainsi conçue :

« La syphilis n'a pas de genèse spontanée, actuellement du moins. Elle résulte toujours d'une contagion, de la pénétration matérielle d'une substance virulente spéciale dans l'organisme. »

Il est certain, Messieurs, qu'il y a eu autrefois un *premier syphilitique*, lequel n'a pu gagner la syphilis d'un autre syphilitique. Comment cela s'est-il fait ? Nous n'en savons rien. Mais ce qui n'est pas moins certain, c'est qu'aujourd'hui les choses ne se passent plus de même, et l'on peut regarder comme un axiome la proposition suivante :

Quand on gagne la syphilis, c'est qu'on l'a prise de quelqu'un.

La syphilis en effet n'est pas de nos jours le résul-

tat de causes morbifiques individuelles ; elle n'est pas élaborée primitivement dans l'économie ; elle ne résulte pas d'excès fonctionnels, d'usure d'organes, de détérioration de systèmes, de vices constitutionnels se préparant lentement et sourdement dans l'organisme ; elle ne s'abat pas sur le malade à l'instar d'une tuberculisation pulmonaire, d'une dartre, d'une hémorrhagie cérébrale succédant à des lésions vasculaires, d'un infarctus viscéral, etc. Non, elle est toujours et dans tous les cas le résultat d'une cause accidentelle de provenance extérieure, *le dérivé d'une contagion.* Cela n'est pas douteux, l'expérience journalière le confirme, et il serait superflu d'insister sur ce point.

Or c'est là simplement, Messieurs, ce qu'exprime notre première loi.

La seconde est tout aussi simple, comme vous allez le voir :

« Le premier phénomène appréciable qui résulte de la contagion ne se manifeste jamais qu'après un laps de temps plus ou moins long, constituant une *incubation* véritable. »

En d'autres termes, lorsqu'un sujet s'est exposé à la contagion, ce n'est pas immédiatement qu'il en ressent les effets, mais bien après un temps plus ou moins long. — Précisons par un exemple. Voici un sujet qui s'expose le 1er janvier, je suppose, et qui ce jour contracte la vérole. Est-ce immédiatement, est-ce quelques heures après qu'il présentera les premiers symptômes de son mal ? Nullement. Sera-ce le 2, le 3, le 5 janvier ? Examinez ses organes génitaux à cette époque ; vous les trouverez parfaitement sains. Sera-ce le 6, le 7, le 8 ? Pas davantage. Ce n'est que plus tardivement, le 15, le 20, le 25, le 30 janvier, et peut-être même plus tard, que vous verrez quelque chose

de morbide apparaître sur lui ; puis ce quelque chose deviendra les jours suivants une lésion évidente, laquelle sera le premier indice sensible de la maladie et constituera ce qu'on appelle l'accident primitif ou le chancre.

Donc, dans ce cas, un certain espace de temps, assez long, aura séparé la contagion du moment où se seront révélées les premières manifestations de la maladie. — C'est à ce laps de temps qu'on donne le nom d'incubation.

Cette incubation est réelle et constante. Pour vous le démontrer je pourrais invoquer ici la clinique et vous citer cent observations soigneusement recueillies de malades qui, s'étant exposés à une contagion de date connue et ne s'étant plus exposés ultérieurement, n'ont vu paraître sur eux les premiers rudiments de leur mal que quelques semaines plus tard, et cela malgré un examen quotidien et minutieux. Mais je ne veux pas faire intervenir ici la clinique toujours sujette à caution sur des matières aussi délicates. J'ai mieux d'ailleurs que des observations cliniques à vous produire; j'ai de meilleures pièces à conviction par devers moi. J'ai ces faits de syphilis expérimentale dont je vous ai entretenus au commencement de cette leçon.

Ces faits sont au nombre d'une trentaine environ dans la science. Consultons-les. Ils nous apprendront ceci, que toujours et dans tous les cas (sans exception, notez-le bien) il s'est écoulé un laps de temps plus ou moins considérable entre le moment où l'on a pratiqué l'inoculation et celui où la première lésion est apparue. Et ce temps quel a-t-il été exactement ? Voici les chiffres précis :

10 jours dans un seul cas ; — et dans les autres : 15, 18, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 25, 25, 27, 28, 28, 28, 28, 29, 34, 35, 39, 42 jours, etc., ce qui donne une moyenne de 25 jours environ.

Jamais — jamais, j'insiste à dessein — la lésion première n'est apparue immédiatement, ni le lendemain, ni le sur-

lendemain, ni le troisième ou le quatrième jour de l'inoculation, ni même dans la première semaine. Parfois à la suite de l'inoculation il s'est bien produit quelques phénomènes locaux de nature inflammatoire, résultat naturel de la piqûre du derme, de l'introduction dans la peau d'un liquide étranger virulent ; mais ces accidents de traumatisme s'effaçaient rapidement, et ce n'est que plus tard qu'apparaissait la première lésion syphilitique. Toutes les observations concordent sur ce point.

Qu'est-ce cela, Messieurs, sinon une vérité mathématiquement démontrée ?

Il en est de même pour la contagion clinique.

Toujours, à la suite de cette contagion, il s'écoule un certain temps pendant lequel rien ne se produit, pendant lequel le futur syphilitique a le droit de se croire indemne. Et ce temps, remarquez bien cela, est *le même* que dans les cas de syphilis expérimentale ; le même, en ce qu'il peut osciller en de certaines limites ; le même aussi comme durée moyenne habituelle.

Il est variable, ai-je dit, d'un sujet à l'autre. Quelquefois, en effet, assez court (dix, douze jours), il atteint plus souvent une durée de vingt, vingt-cinq, vingt-huit jours, et se prolonge même parfois jusqu'à trente, trente-cinq et quarante jours. — Ici donc, comme dans toute affection virulente, il est des conditions inconnues qui augmentent ou diminuent la durée de l'incubation.

En second lieu, la durée moyenne de cette incubation est la même que dans les cas d'inoculation artificielle, c'est-à-dire de trois à quatre semaines environ. C'est à ce chiffre que sont arrivés la plupart des observateurs contemporains, c'est à ce chiffre que j'ai abouti moi-même dans mes recherches. Ce n'est donc que *trois ou quatre semaines* après s'être exposé à la contagion que le malade

verra son premier accident, le chancre, se développer sur lui. Voilà un fait certain et très-intéressant à connaître pour la pratique.

Pour la pratique, en effet, il dérive de là un enseignement que je ne veux pas négliger de vous faire connaître.

Nombre de fois il vous arrivera d'être interrogés par des clients qui, ayant des soupçons sur un coït aventureux, viendront se faire examiner par vous et réclamer de vous un bill d'immunité. C'est là, par exemple, l'éternelle histoire des maris en voyage; ils ont commis quelques peccadilles à Paris, donné quelques coups de canif dans le contrat; la veille de leur départ ils accourent chez un médecin pour savoir s'ils n'ont rien à craindre et s'ils peuvent rentrer en toute assurance au logis conjugal.

Consultés dans de telles conditions, je suppose, vous examinez votre client, et vous ne trouvez rien sur lui. Il est sain, au moins en apparence, parfaitement sain. Cela constaté, qu'allez-vous lui dire? Allez-vous le rassurer absolument, lui délivrer une patente nette? Agir ainsi, Messieurs, serait une légèreté coupable, une faute grave qui pourrait avoir les plus déplorables résultats, et dont plus d'une fois, pour ma part, j'ai vu les regrettables conséquences. Car, fort de votre assurance, ce malade rentrerait chez lui se croyant à l'abri de toute crainte; et si, quelques semaines plus tard, un accident léger (comme l'est toujours le chancre à son début) se manifestait sur lui, il pourrait n'y pas prendre garde, le taxer d'érosion insignifiante, d'échauffement, d'herpès, d'écorchure, que sais-je? le considérer comme non contagieux, et par suite s'exposer à le communiquer.

Ainsi se produisent très-communément, n'en doutez pas, les contagions syphilitiques dans le mariage. J'en ai vu bien des cas déjà, et c'étaient invariablement, le mal

accompli, les mêmes doléances de la part du mari : « Aurais-je pu m'attendre à cela? Il y avait trois, quatre, six semaines que je n'avais vu de femme; j'étais allé me faire visiter, avant mon départ, par un médecin, lequel m'avait dit que je n'avais rien, que j'étais absolument sain. C'est ce médecin qui est coupable. S'il m'avait averti, je n'aurais pas donné la vérole à ma femme. »

Ne tombez pas dans cet écueil, Messieurs. Consultés pour des cas semblables, et vous le serez souvent, sachez répondre ce que vous devez répondre, ce que vos notions actuelles sur l'incubation vous permettent seulement de répondre, et dites à votre client : « Oui, quant à présent vous n'avez rien. Mais les accidents syphilitiques se déclarent quelquefois tardivement, plusieurs semaines après la contagion. Donc, ne vous croyez pas absolument à l'abri; observez-vous, et si le moindre phénomène, *quelque léger qu'il pût être*, venait à se manifester, abstenez-vous, car il pourrait y avoir danger de contagion. »

Cette réponse ne sera peut-être pas du goût de vos clients, mais elle sera dictée par la prudence, elle sera légitimée par une saine notion de la maladie. Et, mettant votre responsabilité à couvert, elle préviendra plus d'une fois, soyez-en sûrs, de bien regrettables accidents.

Un mot encore pour compléter l'histoire de l'incubation.

La durée de l'incubation syphilitique peut certainement dépasser les moyennes que je vous ai données précédemment comme étant les plus communes. Elle est *souvent* de trente jours. Elle dépasse parfois ce terme pour atteindre trente-trois, trente-cinq et quarante jours. Je crois même avoir observé un cas où elle atteignit le terme prodigieux de deux mois et demi (1); et M. A. Guérin en a cité un

(1) *Recherches sur l'incubation de la syphilis*. Paris, 1864.

autre où, suivant toutes les probabilités, elle fut de soixante-onze jours (1).

Mettons de côté, si vous voulez, ces deux derniers cas, qui sont véritablement exceptionnels, et qui ne sont pas entourés de garanties suffisantes d'authenticité. Toujours est-il, — et c'est là le point que je signale à votre attention — que parfois l'incubation atteint un terme variable entre trente et quarante jours ; ce qui est énorme, relativement à la durée qu'on lui attribue généralement, ce qui surtout est en contradiction flagrante avec ce que professaient, il y a quelques années encore, les médecins les plus autorisés.

Notre troisième loi est très-importante cliniquement. Je vous la rappelle :

« Le premier phénomène appréciable qui résulte de la contagion ou de l'introduction artificielle de la matière virulente dans l'organisme, se manifeste toujours *au lieu même* où a pénétré cette matière, en ce lieu et non ailleurs. »

C'est, en d'autres termes, ce que disait M. Ricord sous une forme plaisante : « En fait de vérole, on est puni d'abord par où l'on a péché. » Si l'on s'est exposé par la verge et par elle seule, c'est à la verge que l'on est frappé. Si l'on s'est exposé par la bouche ou par l'anus, c'est à la bouche ou à l'anus que se manifesteront les premiers accidents. Voyez les nourrices : elles s'exposent par le sein; c'est au sein que tout d'abord elles sont affectées. Et de même pour tant d'autres exemples qu'il serait superflu de citer. — C'est là un fait d'observation journalière. — C'est là aussi un résultat des expérimentations qui ont été tentées sur l'homme. Dans ces expériences, l'inoculation a été faite

(2) *Maladies des organes génitaux externes de la femme.* Paris, 1864.

sur diverses régions; bras, avant-bras, cuisse, nuque, verge, etc. Eh bien, c'est invariablement au lieu même de l'inoculation quel qu'il fût, que se sont produits les premiers phénomènes morbides; toujours là, là seulement, et jamais ailleurs!

Voilà donc encore, Messieurs, une vérité que je puis vous donner comme péremptoirement démontrée, et au-dessus de toute contestation possible.

« L'accident primitif résultant *in situ* de la contagion reste toujours isolé, solitaire, pour un certain temps, pendant lequel il constitue ou paraît constituer l'*expression unique* qui trahit la maladie. »

Ici encore la clinique et l'expérimentation se prêtent un mutuel concours pour établir cette vérité.

Voici un malade qui a contracté la syphilis tout récemment, il y a quelques jours, une quinzaine, je suppose. Que présente-t-il? Un accident, un chancre, au point où s'est exercée la contagion. Et quoi de plus? Rien, rien autre absolument; il a un chancre, et c'est tout. Examinez-le de la tête aux pieds. Auscultez-le, percutez-le, interrogez toutes ses fonctions, vous ne trouverez sur lui rien autre de pathologique. Le chancre est donc, à cette époque, la manifestation unique de la contagion; il constitue alors ou paraît constituer à lui seul *toute* la maladie (1). N'était notre expérience, qui nous permet de présager l'avenir, nous pourrions croire que ce malade en sera quitte pour un chancre, sans autre manifestation ultérieure.

De même les observations de syphilis expérimentale nous montrent la maladie constituée originairement par une lésion au point inoculé, sans autre phénomène. Et il en est ainsi dans tous les cas sans exception.

Donc, règle absolue, l'accident local de contagion ou

(1) Je ne parle pas ici du *bubon* qui n'est qu'une dépendance, qu'un annexe du chancre, pour ainsi dire.

d'inoculation reste pendant un certain temps le phénomène unique par lequel se traduit la maladie.

Ce temps, quel est-il? J'aurai à le discuter plus tard. Dès aujourd'hui, je puis vous dire par avance qu'il est de quelques semaines, de quarante-cinq jours environ le plus habituellement.

Mais, passé ce temps, les choses changent de face, et la maladie tend à se généraliser, comme nous l'avons dit dans notre cinquième loi :

« Ce n'est qu'au delà de ce temps qu'à cet accident primitif, d'apparence toute locale, succède une explosion d'autres symptômes multiples et variés; ceux-ci diffèrent essentiellement de l'accident initial en ce qu'ils ne sont plus localisés comme lui au lieu même où s'est exercée la contagion, mais disséminés en tous points, généralisés sur tous les organes, étendus à tous les systèmes. »

On verra donc, après quelques semaines, se joindre à l'accident local de contagion d'autres manifestations très-variées et de forme et de siége : éruptions à la peau (syphilides); érosions ou ulcérations des muqueuses buccale, vulvaire, anale, etc.; douleurs en divers points (membres, articulations, tête); engorgements ganglionnaires; lésions diverses des tendons, des muscles, du périoste; chute des cheveux, etc.; et cent autres phénomènes que j'aurai bientôt à vous décrire.

Ces accidents nouveaux, quels qu'ils soient, diffèrent essentiellement de l'accident primitif en ce qu'ils ne sont plus comme lui localisés au point contagionné. Loin de là, ils se portent partout. Ils sont disséminés sur tous les systèmes. Le corps entier semble être leur domaine. Leur variété n'a d'égal que leur généralisation. — C'est à ces

accidents qu'on a donné le nom d'accidents *consécutifs, secondaires, constitutionnels* ou *généraux*.

Cette évolution, Messieurs, cette succession d'accidents dans l'ordre que je viens de vous formuler est constante.

C'est ce que démontrent tous les cas cliniques observés soigneusement *ab ovo*, et ce qu'attestent également tous les faits d'inoculation. Jamais, je le répète, jamais l'évolution de la maladie n'a été autre. Toujours on a vu l'accident initial, le chancre, rester isolé pendant un certain temps, puis les accidents généraux lui succéder à un certain intervalle.

C'est à ce point de vue surtout que les résultats fournis par les cas de syphilis expérimentale sont particulièrement précieux, car ils nous montrent dans tous ses détails, dans toute sa pureté, et à l'abri de toute contestation possible, l'évolution normale de la syphilis. Ils nous permettent de juger certaines doctrines erronées qui ont eu cours autrefois dans la science, qui de nos jours comptent encore certains partisans, et dont en conséquence je dois vous dire quelques mots.

Pour quelques médecins la syphilis ne serait pas soumise dans son évolution aux lois que je vous ai formulées. Elle pourrait, au lieu de suivre la filière que je viens de vous tracer, procéder d'une façon bien autrement irrégulière, débuter d'emblée, par exemple, par des accidents généraux sans accident local de contagion, s'annoncer du premier coup par des éruptions, des douleurs, des lésions des muqueuses, des engorgements ganglionnaires, etc. C'est là ce qu'on appelait autrefois des *syphilis d'emblée*.

Eh bien, ces syphilis d'emblée existent-elles? Les observe-t-on quelquefois? Non, répondrons-nous en toute assurance. Non, d'abord de par la clinique; car lorsqu'il est donné d'observer un cas de syphilis depuis son

début et d'assister à son évolution complète, jamais on ne voit les choses procéder de la sorte. Les cas dans lesquels on a observé comme premiers phénomènes des accidents de l'ordre de ceux qu'on appelle généraux, sont des cas incomplets, tronqués, *décapités*, dans lesquels l'accident initial a passé inaperçu, pour une raison ou pour une autre. — Non, en second lieu et surtout, de par les données des inoculations. Que l'on consulte les cas de syphilis expérimentale. Ils sont nombreux, ils ne le sont que trop ! En est-il un seul dans lequel la maladie ait commencé par les accidents constitutionnels, tels que roséole, plaques muqueuses, engorgements ganglionnaires ? Pas un, pas un seul ! Cela est péremptoire, cela tranche le débat.

De sorte que pour nous, pour tous ceux qui sont amis de la science exacte, et qui suivent notre siècle dans les voies positives et sûres où il s'est heureusement engagé, ces faits de syphilis d'emblée sont non avenus. Ce sont là des erreurs du passé qu'il faut savoir oublier. Ce que nous enseignent au contraire ces faits positifs que j'ai plaisir à invoquer comme un critérium infaillible et que vous m'entendrez interroger souvent, c'est que toujours la syphilis débute par un accident local de contagion, auquel succèdent dans un certain délai d'autres accidents d'un autre ordre. Voilà ce qui est certain et définitivement acquis à la science. Et c'est là, Messieurs, ce qu'a répété si souvent un maître dont j'aurai quelquefois à discuter et même à combattre respectueusement les opinions, mais dont je serai bienheureux d'affirmer énergiquement les doctrines chaque fois qu'elles seront en harmonie avec ce que nous ont appris les progrès de la science ; c'est là ce que disait M. Ricord dans son langage imagé :

« La syphilis ne pénètre jamais dans l'économie sans effraction. Elle n'envahit jamais l'organisme *sans faire son trou* quelque part ; elle a toujours une *porte d'entrée*. Ce

trou, cette porte d'entrée, c'est l'accident de contagion, cet accident qui prélude à tous les autres, qui en est toujours séparé par un intervalle plus ou moins long, et qui sert en quelque sorte d'exorde indispensable à la maladie. »

La syphilis affecte-t-elle invariablement et dans tous les cas possibles la marche que nous venons d'indiquer? N'existe-t-il aucune exception aux lois qui précèdent ?

Eh bien, oui, Messieurs, il existe à ces lois quelques exceptions. Mais ces exceptions sont peu nombreuses. Il en est deux au plus, ou plutôt il en est de deux ordres. Et de plus, ces exceptions ne se produisent pas au hasard ; elles sont prévues, déterminées ; ce sont de ces exceptions qui n'infirment pas la règle, comme vous allez le voir.

L'une est certaine, très-réelle ; l'autre est encore hypothétique.

La première est relative aux cas de syphilis héréditaire. Vous savez que la syphilis jouit du triste privilége de se transmettre par hérédité. C'est un fait connu dont nous n'avons ici que de trop nombreux exemples. Ainsi un enfant procréé par des parents syphilitiques naît très-souvent syphilitique. Or, chez ces malheureux petits êtres qui héritent de la vérole de leurs ascendants, la syphilis ne procède pas comme elle procède alors qu'elle est acquise par contamination personnelle. Elle ne débute pas par un accident local pour arriver ensuite à cet ordre de phénomènes que nous avons appelés constitutionnels. Non, elle débute d'emblée par ce dernier ordre de phénomènes. Ainsi, ce que l'on remarque tout d'abord chez ces enfants, ce sont des éruptions, des syphilides muqueuses, du coryza, des lésions viscérales, etc. Et cela se conçoit, car ces enfants n'ont pas la syphilis par le fait d'une contagion ; ils la reçoivent de leurs parents *par hérédité*, comme un germe mor-

bide quelconque, comme une ressemblance physique ou morale ; ils la reçoivent de leurs ascendants à la période où ceux-ci l'ont actuellement ; ils la prennent d'eux *toute faite*, si je puis ainsi dire, et à la période des manifestations généralisées. Ce sont donc des manifestations de cet ordre qu'ils présentent tout d'abord, sans recommencer la diathèse, sans présenter enfin cet accident initial qui est essentiellement un accident de contagion.

La seconde exception est tout aussi spéciale. Je l'ai qualifiée d'hypothétique, parce qu'en effet elle n'est pas encore absolument démontrée. On a dit qu'un enfant procréé syphilitique par le fait d'un père syphilitique peut communiquer la syphilis à sa mère pendant son séjour dans l'utérus. Entendons-nous bien. Voici, je suppose, un mari syphilitique et une femme saine. Cette femme devient enceinte, et son enfant est syphilitique, comme on en aura la preuve plus tard. Eh bien, cet enfant, ce fœtus peut, dit-on, réagir sur sa mère, *in utero*, et lui communiquer la maladie qu'il tient héréditairement de son père. C'est là du moins ce qu'ont prétendu, ce que prétendent encore certains auteurs ; et il faut reconnaître en vérité que ce mode de transmission n'a rien de contraire aux lois physiologiques de la contagion, ni d'irrationnel en soi.—Or, pour en revenir à ce qui nous intéresse actuellement, dans les cas de ce genre, la syphilis débuterait sur la mère infectée de la sorte, non pas par un accident local, par un chancre, mais bien *d'emblée* par des accidents généraux. Cela ressort des faits cités à l'appui de ce mode de transmission. Et rien d'extraordinaire à cela, car ce qui se produirait dans ces conditions, ce ne serait pas une contagion à proprement parler, une contagion semblable à celle de l'acte vénérien ; ce serait une transmission s'opérant par les échanges placentaires de l'enfant à la mère, tout à fait semblable à celle qui s'opère de la mère

à l'enfant ; ce serait, si je puis ainsi dire, une sorte d'*hérédité renversée*, s'opérant de l'enfant à la mère. Et par suite, de même que chez l'enfant héritant de la syphilis maternelle ce sont des accidents généraux qui inaugurent la maladie, de même chez la mère recevant *in utero* la syphilis de son enfant, ce seraient des accidents de même ordre qui marqueraient le début de la maladie.

Mais, je vous le répète, ce mode de transmission est encore à l'étude ; et partant je ne puis vous donner que sous toutes réserves cette dérogation aux lois communes d'évolution de l'infection syphilitique primitive.

Ce sont là, Messieurs, les deux seules exceptions que souffrent ces lois. Elles sont relatives toutes deux, comme vous l'avez vu, à des cas tout spéciaux. A ce titre elles n'infirment en rien les lois que je vous ai formulées précédemment, lesquelles, s'appliquant à la contagion commune, subsistent dans leur intégrité la plus absolue.

Résumons-nous, Messieurs, car la route que nous avons parcourue est déjà assez longue.

Je viens de vous montrer et de vous convaincre, je l'espère, que la syphilis procède dans son éclosion et son développement suivant certaines règles que je vous ai formulées, et dont j'ai essayé de vous donner la démonstration. Cette évolution, que nous pouvons résumer actuellement, constitue, si je puis ainsi parler, une sorte de drame qui se subdivise en une série d'actes et d'entr'actes successifs de la façon suivante :

Premier acte. — *Contamination ;* le virus pénètre par un procédé quelconque dans l'organisme.

Premier entr'acte. — Repos apparent de l'organisme. *Incubation*. Rien d'appréciable ne trahit encore la maladie.

Deuxième acte. — Production au point où a pénétré le virus, et en ce point seulement, d'une lésion dite *accident primitif*, laquelle constitue à ce moment l'*expression unique* de la maladic.

Deuxième entr'acte. — Nouveau repos apparent de l'organisme. *Seconde incubation*. La lésion primitive continue à rester le *seul* phénomène par lequel s'accuse l'infection.

Troisième acte. — Explosion de symptômes multiples et disséminés, en dehors du siége où s'est exercée la contagion (symptômes dits *consécutifs* ou *secondaires*). Période de *généralisation* apparente de la maladie.

Ainsi procède la syphilis dans son éclosion et son développement.

Et n'allez pas, Messieurs, prendre pour un système, considérer comme une théorie plus ou moins problématique l'exposé des résultats que je viens de vous formuler. Jugez-le, je vous en prie, comme il doit être jugé. Considérez bien que, dans toute cette conférence, ce sont des faits d'expérimentation dont je vous ai entretenus et auxquels j'ai toujours subordonné la clinique. Les lois que j'en ai déduites n'en sont que la traduction, l'expression condensée. Or ces faits sont incontestables, incontestés; ils ne sauraient être interprétés de façons différentes. Les conséquences qui en dérivent sont donc inattaquables; je ne crains pas de démenti pour elles, et je vous les donne sans arrière-pensée comme des vérités acquises, absolument démontrées.

MÉLANGES.

(*Suite.*)

Je fus témoin en 1863 d'un incident assez curieux. Nous étions allés visiter en plein jour plusieurs de ces bateaux, et nous eûmes l'idée de nous faire servir du thé sur l'un d'eux. Parmi nous se trouvait un jeune commissaire qui avait suivi à Paris le cours de chinois de M. Julien, et qui humilié de ne pouvoir se faire comprendre par les Cantonnais, voulut prendre sa revanche en écrivant une phrase de remerciement dans la langue mandarine. A peine eut-il tracé au crayon quelques caractères qu'on fit cercle autour de nous, et tous les Chinois témoignaient leur étonnement et leur admiration, lorsqu'un d'entr'eux plus lettré, sans doute, que les autres, montra un caractère incorrect que le jeune commissaire s'empressa de rectifier aux applaudissements des assistants.

A ce bruit, toutes les femmes, quittant leur domicile, se précipitèrent dans le salon pour voir de près ce barbare qui écrivait si bien leur langue. Ce spectacle avait bien son charme pour nous qui y assistions pour la première fois! Inutile d'ajouter que nous fûmes accompagnés jusqu'à notre embarcation avec toutes les marques de la plus affectueuse sympathie.

La prostitution à terre s'exerce, à peu de chose près, comme en Europe. Un grand nombre de jeunes filles, avant de franchir tous les degrés du vice, sont d'abord vendues par leurs parents ou par la matrone qui les a élevées puis elles passent de main en main, étant tour à tour les maîtresses d'un fontionnaire, d'un chef de maison, d'un simple employé. Pendant les quelques années qu'elles

restent dans cette condition, leur conduite est assez régulière, elles craignent de compromettre leur avenir. A Hongkong, il est d'usage de les voir se réunir au nombre de trois ou quatre, louer une petite maison où elles vivent en commun, aller ensemble à la promenade ou entendre la musique militaire, puis à une heure avancée de la soirée elles se rendent au domicile de leur protecteur. Cette demi liberté, la certitude de ne pas être troublées dans leur existence matérielle leur fait prendre patience jusqu'au jour où un changement de résidence, la satiété, le dégoût qu'elles inspirent les laisse sans espoir. Alors commence la prostitution clandestine, et peu à peu elles se laissent aller à entrer dans un établissement qui les exploite d'une manière honteuse, ct les chasse ensuite pour les faire tomber peu à peu dans l'avilissement le plus complet.

Quels sont les moyens cmployés dans les colonies anglaises pour réglementer la prostitution et en rendre l'exercice moins dangereux? nous dirons avec regret qu'ils sont presque nuls. La police, il est vrai, veille avec beaucoup de sollicitude à ce qu'il ne règne dans ces établissements aucun désordre matériel, à ce que toute rixe y soit immédiatement réprimée, mais quant à la question d'hygiène publique, à la santé des milliers de personnes de l'un et de l'autre sexe qui les fréquentent, le puritanisme anglican se retranehe derrière le prétendu respect de la liberté humaine.

Heureusement, le bon sens public a fait justice d'un pareil formalisme. Les Européens ont habitué les femmes avec lesquelles ils vivent en concubinage à recevoir, quand elles en ont besoin, les soins du médecin, et elles vont souvent prendre au dispensaire les remèdes qui leur sont ordonnés. L'esprit positif des Chinois leur a fait reconnaître que la matière médicale européenne était bien plus efficace que l'interminablc série de plantes employées

à tort et à travers par les pharmaciens du Céleste Empire, et ce qui est vrai d'une manière générale a dû leur paraître encore plus évident quand il s'agit d'affections vénériennes contre lesquelles ils sont complétement désarmés.

Aussi, n'est-il pas rare à Hong-kong de voir des femmes chinoises soumises à un traitement anti-syphilitique qui, une fois terminé, leur permet de reprendre leur industrie ; mais la majeure partie de la population féminine qui se livre à la prostitution, et surtout dans les bas-fonds de la société, n'oppose au terrible fléau que des remèdes insignifiants, transmis par la tradition, ne pouvant nullement enrayer le mal, et le laissant s'aggraver de plus en plus.

Dans les localités soumises à la discipline d'un mandarin, c'est-à-dire à Whampoa, à Canton, le seul effet de la vigilance de ces fonctionnaires consiste à se faire remettre par la maîtresse de l'établissement une somme plus ou moins considérable selon qu'ils supposent que la maison jouit de plus ou moins de prospérité! C'est là tout leur souci, le reste ne les regarde pas.

Il serait donc inutile de chercher actuellement à faire entendre raison à ces fonctionnaires modèles. Le temps n'est pas encore venu de les voir se rallier à nos conventions internationales dont ils ne saisissent pas bien l'opportunité. Espérons toutefois que, grâce aux tendances que le gouvernement chinois vient de manifester en envoyant à Paris et à Londres une mission diplomatique à la tête de laquelle se trouve Mr. Burlingham, ministre des États-Unis à Pékin, il pourrait se produire un changement heureux dans les relations de ces différents peuples dont une des conséquences serait l'adoption définitive de mesures prophylactiques telles que chacun d'eux en particulier n'aurait qu'à se louer d'une pareille entente.

Mais pour cela il faudrait que l'Angleterre, qui a la prétention de marcher en avant de toutes les réformes justes,

utiles, pratiques, devînt une alliée sincère, sans parti pris, lorsque la question avec toutes ses conséquences déplorables, si on n'arrive pas à cette entente, lui aura été soumise par des voix autorisées. Et qu'on ne vienne pas nous dire que l'on n'arrivera jamais à un résultat, que c'est une utopie. Nous avons un exemple trop frappant de ce que peut la volonté quand il s'agit de la santé publique pour que nous ne nous empressions pas de le signaler à nos lecteurs : au commencement de l'occupation de la Cochinchine-Française, la prostitution n'avait pas encoreété réglementée, la contagion faisait dans nos rangs de rapides progrès, lorsqu'une simple ordonnance du gouverneur général mit brusquement fin à un pareil état de choses. La visite des femmes exerçant ostensiblement la prostitution fut faite. La prostitution clandestine fut poursuivie à outrance, et depuis cette époque le nombre des militaires atteints a diminué dans une proportion des quatre cinquièmes.

Espérons même que ce ne sera pas le dernier mot du progrès. En demandant à chaque malade quel est l'établissement, quelle est la femme qu'il suppose devoir être signalés à la police, il est possible d'arriver à circonscrire le mal dans de telles limites qu'il n'y aura bientôt plus à s'en préoccuper sérieusement. Les visites réglementaires dans les corps de troupe, et même chez les soldats isolés, s'effectuant deux fois par mois, servent de corollaire aux mesures qui concernent les femmes suspectes et doivent aider à atteindre le but.

L'hôpital destiné à donner des soins aux malheureuses indigènes malades pour la province de Saïgon est admirablement placé au voisinage du grand arroyo chinois, canal servant de communication entre Saïgon et Cho-Long ; il est entouré de palmiers, de bananiers, d'arékiers, etc. Rien n'indique sa destination ; et la sobriété de ses pension-

naires, qui ne vivent presque exclusivement que de riz, de poisson salé et de fruits, permet d'établir la journée des malades à un prix qui ne dépasse pas 40 centimes. Le budget de la colonie ne se trouve pas trop lourdement chargé par la marche de ce service, confié à un médecin de la marine de seconde classe.

L'exemple que nous venons de citer est de nature à faire taire toutes les répugnances, à faire disparaître toutes les hésitations. Si l'évidence suffisait pour amener l'intervention des autorités coloniales anglaises à Hong-kong, le résultat ne se ferait pas attendre ; mais je ne pense pas qu'un gouverneur, quel que soit du reste sa bonne volonté, prenne jamais sous sa responsabilité l'application de mesures hygiéniques et sanitaires qui ne sont pas pratiquées dans la métropole, ct qui pourraient être taxées d'arbitraires par quelques esprits chagrins ; toutes les tentatives dirigées de ce côté-là échoueraient inévitablcment devant une résistance passive, uue véritable force d'inertie.

C'est donc le gouvernement anglais qu'il faudrait d'abord intéresser à une réforme dont les conséquences sont incalculables, et qui aurait pour premier résultat le retour à la santé de plusieurs milliers de ses compatriotes qui résident en Chine ou qui y font de longues et fréquentes relâches.

Lorsqu'il s'est agi de la peste, du choléra, des conférences internationales ont amené une entente cordiale sur les mesures à prendre, et le fléau n'a plus fait que de rares apparitions. En circonscrivant le mal dans les pays où il est endémique, en entourant de précautions sanitaires lcs lieux de passage d'où l'épidémie aurait pu se répandre, on a fait tout ce qu'il est humainement possible de faire, et l'expérience démontre que c'était bien là la seule barrière scientifique que l'on pût opposer à ces invasions redoutables. Les préjugés regrettables qui se sont, jusqu'ici, fait

une loi d'éloigner du champ de la discussion des conférences, entre nations amies, tout ce qui touche à l'hygiène des maladies vénériennes, ne peuvent que disparaître et faire place à une appréciation plus saine et plus juste des besoins impérieux qui s'imposent à l'examen attentif des divers intéressés.

Faisons des vœux pour que les départements des affaires étrangères, de la guerre, de la marine et du commerce accueillent favorablement les divers travaux qui leur ont été soumis pendant ces dernières années, et dont l'excellent rapport, fait au nom de la commission nommée par le congrès médical international de Paris de 1867, par MM. Crocq et Rollet, me paraît le résumé fidèle. Espérons que nos corps savants voudront aussi ne pas rester en dehors de cette croisade humanitaire, et nous assisterons alors à l'une des plus grandes conquêtes pacifiques des temps modernes.

En attendant cet heureux résultat, disons quelques mots, en terminant, des mesures sanitaires que l'intérêt même des compagnies d'exploitation des services maritimes, telles que les messageries impériales et la péninsulaire, les a mis à même d'adopter vis à vis des divers éléments qui constituent leurs équipages, tels que Européens, Noirs, Malais et Chinois dans l'océan Indien. Tout homme qui se présente pour embarquer à bord d'un des paquebots de ces compagnies est, avant son admission, soumis à une visite du médecin, et impitoyablement refusé s'il est atteint de maladie vénérienne. Lorsque l'équipage a séjourné pendant quelque temps dans une relâche suspecte, le capitaine ne se refuse jamais d'accorder, à la demande du docteur du bord, une visite générale de tout le personnel, pour que, si l'on a à constater des cas de maladie, on puisse commencer immédiatement le traitement curatif et ne pas laisser se produire des accidents secondaires que

l'on aurait à combattre en abandonnant les malades à eux-mêmes.

L'effectif du personnel employé à bord des quatorze bateaux des messageries impériales qui desservent la grande ligne de l'Indo-Chine et ses annexes est d'environ 2,400. Celui de la compagnie péninsulaire et orientale se rapproche, à peu de chose près, de ce chiffre. C'est donc pour ces deux seules compagnies, subventionnées par l'État, un total de 4,800 hommes, qui sont assurés d'avoir des soins en cas d'accident. D'autre part, il existe à Hong-kong un usage qu'on ne saurait trop louer : un médecin hollandais, en résidence fixe, se présente à l'arrivée de tous les navires à voile, quel que soit le pavillon sous lequel ils naviguent, et offre aux capitaines de se charger de la santé des équipages moyennant un abonnement d'un dollar par jour ou de 165 francs par mois. Cette proposition est généralement acceptée, et les deux parties contractantes y trouvent chacune leur intérêt. Les capitaines sont ainsi exonérés des frais énormes, dans les colonies, qu'entraîne le séjour des hommes à l'hôpital, et le médecin, après avoir fait sa tournée sur rade et visité, tous les matins, les différents navires qui sont abonnés, obtient au bout de l'année un résultat pécuniaire de 20 à 25,000 francs. Cette seconde catégorie de marins du commerce se trouve donc aussi assurée de recevoir les secours de l'homme de l'art. Enfin, les marines militaires des divers États sont toutes munies de médecins, et la discipline sur les navires qui rentrent dans cette catégorie est assez sévère pour que l'on soit assuré que les malades ne pourront jamais échapper à la surveillance et à la sollicitude de l'autorité du bord.

Vous voyez qu'il ne faut pas s'effrayer outre mesure, en ce qui touche à l'élément européen ou de race jaune et noire embarqué sur les navires de guerre ou de commerce, de la possibilité de contracter des affections vénériennes

qui ne sauraient beaucoup s'aggraver quand il y a un service médical organisé à bord; mais il n'en est pas moins désirable d'arriver, par tous les moyens, à pouvoir prendre le mal à sa source, à le restreindre et à le maintenir dans des limites plus acceptables. C'est fort bien de soigner les hommes malades, mais ce serait encore mieux qu'ils fussent beaucoup moins exposés à contracter la maladie. Nous tenons l'un des éléments du problème à résoudre; l'autre nous échappera sans cesse, tant que l'autorité supérieure s'inspirant, comme nous le disions tout à l'heure, des errements du passé, n'envisagera pas la question de plus haut, et que, pour ne pas heurter des préjugés qui ont fait leur temps, elle laissera se perpétuer tant de maux qu'il lui serait si facile de prévenir.

La séquestration des femmes malades à Hong-kong et à Shanghaï n'entraînerait pas pour ces colonies une dépense considérable. Dans cette dernière, les concessions française, anglaise et américaine pourraient avoir un asile commun, ou poursuivre chacune sur son territoire la prostitution ouverte ou clandestine. Ce ne serait qu'une affaire de détail. L'essentiel pour tout le monde, qui assiste, impuissant, à ce triste spectacle, est que quelque chose se fasse, qu'un premier jalon soit planté; puis, peu à peu, par la force des choses même, de nouvelles mesures seront adoptées quand on en aura reconnu l'urgence, et l'on arrivera ainsi à un ensemble de sages précautions qui feront disparaître tout sujet d'inquiétude, et concourront puissamment à maintenir la santé si précieuse de plus de 20,000 hommes et des malheureuses créatures jusqu'ici complétement abandonnées.

Il ne nous reste plus, pour compléter cette étude, que de nous occuper des moyens que l'on pourrait opposer à l'invasion, à la marche et aux progrès de la maladie vénérienne chez les hommes embarqués sur des navires dé-

pourvus de médecins, et qui souvent reculent devant un aveu, dans la crainte d'être punis par leur capitaine, de se voir retrancher une partie de leur solde, ou même d'être envoyés à leurs frais à l'hôpital. Tout en prenant en considération les intérêts de l'armateur quand il s'agit de navires dont l'équipage se compose d'un personnel restreint, et qui se soit ainsi privé d'une somme de travail sur laquelle il a le droit de compter, il faut bien reconnaître aussi que la certitude d'être soignés donnerait aux hommes, dans l'accomplissement de leur tâche, un entrain et un zèle qui compenserait largement l'interruption forcée du service de quelques-uns d'entre eux. Ils consentiraient volontiers à verser chaque mois à la masse commune une légère cotisation qui servirait au traitement des malades. Il y a du reste une question d'humanité qui doit dominer toutes les autres, et il me semble que ce serait une exagération de considérer l'adoption de ces mesures comme un encouragement à la débauche. Quand on a longtemps vécu au milieu des matelots, on s'aperçoit vite que ce sont de grands enfants , faciles à manier, et reconnaissants du bien-être qu'on leur donne et de la sollicitude qu'on a pour eux.

Il existe à Shanghaï une œuvre de bienfaisance qui n'est soutenue que par les cotisations volontaires de quelques souscripteurs, et qui pourrait dans chaque port servir de modèle pour assurer le traitement des hommes atteints de maladies vénériennes. Une maison située sur les bords du fleuve reçoit indistinctement tous les matelots, novices et mousses que les circonstances ont forcés de quitter leur navire jusqu'à ce qu'ils trouvent un nouvel embarquement. La journée de séjour dans cette maison, la nourriture, les soins matériels dont ils sont l'objet ne dépassent pas le prix d'un 1 fr. 50 c., et ils échappent ainsi à l'action démoralisatrice des tavernes et autres établissements qui en

gloutiraient vite leurs petites ressources et leur feraient contracter des dettes.

Ne pourrait-on pas suivre cet exemple pour offrir sur tous les points un peu importants un asile et un traitement aux malheureux matelots malades? Les frais d'installation seraient insignifiants, car on trouverait toujours une maison appartenant à la colonie, et qu'elle affecterait sans sacrifices trop onéreux à cet usage. Les médecins de la localité tiendraient à honneur de prendre la direction du service de santé, et quelques cotisations parmi les membres de la colonie jouissant d'une certaine aisance ou ayant de la fortune, suffiraient amplement pour faire marcher le tout. Les affections de diverses natures prises dès leur début ne nécessiteraient pas un long traitement à l'hôpital, et dans tous les cas, il serait facile de remettre au capitaine les remèdes nécessaires pour assurer à bord la guérison des malades dont le séjour du navire dans le port se trouverait de trop courte durée.

Je ne me dissimule pas les obstacles que rencontrera dès le début l'application de toutes ces mesures, quels qu'en soient les avantages incontestables. Beaucoup d'intérêts se croiront lésés, les préjugés auront de la peine à disparaître, l'on s'obstinera à vouloir toujours considérer les maladies vénériennes comme des maladies volontairement contractées et par là peu dignes de commisération; mais la réflexion fera arriver à une appréciation plus juste et plus vraie. S'il ne s'agissait que du matelot seul, la question serait peut-être discutable, mais les marins sont presque tous mariés, ils ont des enfans, ils peuvent en avoir d'autres, y a-t-il justice et humanité à rendre ces femmes, ces enfants solidaires de l'inconduite du mari ou du père de famille quand il est si facile d'arrêter le mal à sa source? C'est ce qui élève la solution de ce problème aux proportions d'une question sociale; aussi appelons de tous nos

vœux l'examen attentif, incessant des hommes spéciaux sur cette matière ; que chacun exprime avec conviction ce qu'il croit être le but à atteindre, les moyens pour y parvenir, et sans nous préoccuper outre mesure de certaines oppositions systématiques, ne craignons pas de dire tout haut..... honni soit qui mal y pense !

L. BLANC.

NÉCROLOGIE.

AUZIAS-TURENNE, docteur en médecine, reçu en 1842, ancien professeur particulier, ancien préparateur au muscum d'anatomie du Jardin des Plantes, chevalier de l'Étoile polaire de Suède, vient de mourir rapidement à Paris d'une pneumonie double, âgé de 59 ans.

Le premier, il imagina, défendit et propagea la théorie de la syphilisation pour préserver des maladies vénériennes; deux hommes à l'étranger acceptèrent et partagèrent ses doctrines jusqu'à les populariser : le professeur Sperino à Turin, fondateur d'un syphilocôme, et le professeur Bœck à Christiana, qui fut son ami.

Auzias-Turenne a fait sur lui-même, d'une manière irrévocable, l'expérience de sa méthode; à son autopsie, pratiquée en présence de nombreux témoins, on a trouvé, comme son testament l'indiquait, une série régulière de cicatrices dues à l'inoculation, cicatrices siégeant méthodiquement de chaque côté du sternum; d'autres cicatrices également dues à l'inoculation existaient sur les membres inférieurs, à grande distance des organes génitaux qui ne révélaient aucune trace de maladie ancienne ou non, quelques minutieuses qu'aient été les investigations, dirigées pour y découvrir des indices de maladies vénériennes.

Auzias-Turenne, dans son testament, avait annoncé que l'on trouverait sur son corps de nombreuses taches d'inoculation syphilitique, et qu'il donnait ainsi la preuve de la foi qu'il avait dans sa doctrine.... Il a légué son squelette au musée anatomique de Christiania.

On est aujourd'hui forcé d'exonérer la mémoire de ce médecin de l'inconséquence d'avoir conseillé une méthode qu'il n'aurait pas osé employé pour lui-même.

Auzias a voulu être enterré civilement et sans aucune cérémonie quelconque. Il ne croyait pas à la résurrection des corps.

Auzias a publié un *Traité des virus* fort original, fort curieux, et qui sera consulté; il a encore publié un remarquable mémoire sur *la rage chez l'homme et les animaux*. Caffe (extrait du *Journal des connaissances médicales pratiques*, n° 16).

Les lecteurs des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* apprendront avec plaisir que le *Journal of cutaneous medicine* vient de reparaître sous la direction du docteur Purdon de Belfast, l'un des plus savants dermatologistes de l'Angleterre.

Nous reproduisons ci-contre la petite introduction qui se trouve en tête du numéro de juin.

M. Erasmus Wilson vient de confier à nos soins l'édition du *Journal of cutaneous medicine*. Nous sommes bien convaincus que nous entreprenons une tâche des plus importantes; mais, comme aucun autre médecin ne semblait disposé à chercher à la remplir et que d'un autre côté les intérêts de la dermatologie britannique se trouvaient en quelque sorte en jeu, nous avons accepté; nous chercherons à satisfaire aussi consciencieusement que possible à toutes les exigences qu'elle comporte. — Le contenu de ce numéro indiquera la nature et la valeur de nos articles futurs. Parmi nos collaborateurs nous sommes fiers de compter M. Erasmus Wilson dont nous avons eu le plaisir de recevoir la lettre suivante :

Cher docteur Purdon,

J'accepte comme un compliment votre désir de conserver à cette série nouvelle de publications le nom de *Journal of*

cutaneous médicine. J'y consens bien volontiers et bien cordialement......

Considérez-moi, je vous en prie, dans toute l'acception du mot, comme un ami sur lequel vous pouvez compter. Mon honneur personnel, que je mets au-dessus de toute autre considération dans le monde, est si intimement lié à celui de la dermatologie, que je la placerai toujours en première ligne et que je m'efforcerai de montrer un exemple digne de mes successeurs. Sous peu je vous enverrai un rapport sur l'état de la collection dermatologique du collége des chirurgiens, cette collection a déjà atteint certaines proportions, et j'espère arriver à en faire la plus belle du genre.

Avec mes souhaits les plus sincères pour votre succès, que je ne met pas en doute, je suis....

ERASMUS WILSON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Traitement de la syphilis constitutionnelle par les suppositoires mercuriels, par Rosemberg (Berl. klin. Wochensch.)

Cas d'enflammation gonorrhéique du cordon sans inflammation simultanée du testicule par E. Kohn. (Wiener medi. Presse.)

Traitement de la syphilis constitutionnelle par les suppositoires mercuriels, par Lebert (Berl. klin. Wochensch.)

Transmission de la syphilis par vaccination par Müller (Berl. klin. Woch.)

Étude sur les affections syphilitiques des articulations des doigts, par Risel (tiré de la clinique du prof. Volkmann) (Berl. Klin. Woch).

PARIS. — PAUL DUPONT, rue Jean-Jacques-Rousseau, 41 (Hôtel des fermes)

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

NOTE

Sur un cas de tumeurs suppurées des lymphatiques du membre supérieur,

Par L.-E. DUPUY.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. Bazin, une affection toute spéciale des lymphatiques du membre supérieur.

La nature et l'origine de cette affection sont encore, pour nous, entourées de beaucoup d'obscurité; mais plusieurs cas analogues s'étant présentés, ces derniers temps, à l'hôpital St-Louis, il nous est permis d'espérer que bientôt ce chapitre peu connu des affections lymphatiques sera plus complétement élucidé.

Voici, avec tous ses détails, l'observation de notre malade.

OBSERVATIONS :

Decaux Henri, âgé de 63 ans, ébéniste, homme d'une constitution encore vigoureuse, entre le 4 avril 1870 à

l'hôpital St-Louis, et est couché au lit n° 43 du pavillon St-Mathieu, service de M. Bazin.

Cet homme nous dit avoir toujours joui d'une santé excellente, et n'avoir jamais fait aucune maladie grave, il nie tout antécédent vénérien. — Marié depuis 22 ans, Il n'a jamais eu d'enfants; ce qu'il faut attribuer sans doute à une affection utérine de sa femme qui, dit-il, n'était point réglée.

Il y a deux ans, il a aperçu, entre le 1[er] et le 2[e] métacarpien de la main droite, une petite tumeur arrondie, dure ; celle-ci se développa peu à peu en étendue et finit par s'ulcérer. — Après s'être traité par des applications de cataplasmes, notre malade voyant que son état ne faisait qu'empirer, alla consulter le chirurgien de l'hôpital St-Antoine ; on détruisit sa tumeur avec une pâte caustique, et, la cicatrisation opérée, il ne subsista sur la main qu'un peu de rougeur. — Mais, au bout d'un mois environ, cette rougeur au lieu de disparaître présenta des bosselures et une couleur violacée : Actuellement on observe un placard circonscrit occupant le premier espace intermétacarpien, d'un rouge violet, et présentant tous les signes d'une hypertrophie papillaire assez prononcée.

Malgré cela, cet homme avait repris ses occupations et pouvait y vaquer, sans éprouver aucune douleur, ni même a moindre fatigue, lorsque, il y a trois mois, se forma à peu de distance du placard que nous avons décrit (c'est-à-dire au niveau de la tabatière anatomique,) une petite nodosité, parfaitement arrondie, rouge et assez douloureuse. Huit jours après, début d'une deuxième petite tumeur à trois doigts au-dessus de la première, sur le bord radial de l'avant-bras; mais le *processus* ne se borne pas là, et une série de tumeurs, identiques aux premières, se développa sur l'avant-bras et le bras, de bas en haut et successivement à des intervalles de 4 à 8 jours : De telle sorte que, au

moment où le malade se présente à nous, nous constatons l'état suivant :

Le long du bord radial de l'avant-bras, à partir de la tabatière anatomique, s'étend une série de petites tumeurs ou nodosités qui le contourne, en se portant en dedans, gagne la face antérieure de l'avant-bras et finalement le bord interne du bras. Elles sont disposées régulièrement à la suite les unes des autres, à des intervalles de 7 à 8 centimètres.

Dans l'intervalle des tumeurs, la peau est parfaitement saine; le ganglion sus-épitrochléen, et les ganglions axillaires ne sont nullement tuméfiés.

Les tumeurs dont nous venons d'indiquer la disposition, sont nettement arrondies, d'une coloration rouge violacé et fluctuantes; elles varient du reste de caractère suivant la place qu'elles occupent. En effet, les nodosités supérieures, s'étant formées les dernières, elles sont à un degré moindre d'évolution. — Tandis que les tumeurs inférieures sont plus superficielles, nettement fluctuantes et manifestemment enflammées, les supérieures sont plus profondes et la peau qui les recouvre est parfaitement saine; l'on sent même la tumeur la plus élevée rouler sous la peau.

En présence de cette affection singulière, M. Bazin crut devoir suspendre son diagnostic et émit cependant l'idée qu'il pourrait bien s'agir ici d'hydrosadénite-traumatique phlegmoneuse, consécutive à une lymphangite. — Il ordonne l'application de cataplasmes de fécule, des bains d'amidon, des laxatifs.

15 avril. — La nodosité la plus inférieure devenue de plus en plus rouge et fluctuante, s'est ouverte spontanément; issue d'un pus blanc et séreux; d'apparence chyleuse.

20 avril. — Deux nodosités nouvelles se sont ouvertes, trois autres sont sur le point de s'ouvrir, on les incise

avec une lancette, issue d'un liquide remarquablement blanc et séreux.

22 avril. — Angioleucite des lymphatiques du bras et de l'avant-bras, attribuée à l'incision des tumeurs : cataplasmes laxatifs, application de collodion élastique.

24 avril. — L'angioleucite a disparu ; on sent les lymphatiques indurés reliant les tumeurs. En présence de ces deux nouveaux faits, à savoir : L'aspect lactescent du pus des tumeurs, le développement d'une angioleucite lors de l'incision de celle-ci et l'induration consécutive des lymphatiques ; M. Bazin n'hésite plus à se prononcer et diagnostique des abcès lymphatiques devant, suivant toute probabilité, siéger au niveau des valvules.

4 mai. — Les nodosités inférieures ont peu de tendance à se cicatriser, les bords s'indurent et, au milieu, persistance d'une fistulette qui jette de la sérosité grisâtre en assez notable quantité.

A la partie moyenne de la face interne du bras, nodosité sous-cutanée plus volumineuse, plus profonde et plus franchement fluctuante que les autres. Au moyen de l'aspirateur Dieulafoy, on en retire environ 30 grammes de pus lactescent, avec tous les caractères que nous avons signalés précédemment. Ce pus fut immédiatement soumis à l'examen microscopique par notre excellent ami M. Renaut interne à l'hôpital St-Louis, voici les résultats qui nous furent fournis :

Cette matière puriforme est composée d'un détritus granuleux, formé de granulations protéiques et graisseuses agglomérées en masses ou libres, tout à fait semblables à celles qu'on trouve dans un caillot fibrineux, ramolli à son centre.

Au milieu de cette masse existent des cellules, munies

ordinairement d'un seul noyau, arrondies, peu granuleuses, claires, en tout semblables aux globules blancs du sang et mesurant 6 à 7 millièmes de millimètres.

Suivant M. Renaut, ces éléments seraient différents de ceux du pus ordinaire qui présentent des bords anguleux, sombres et infiltrés de nombreuses granulations graisseuses.

22 mai. — Un certain nombre de nodosités se sont cicatrisées à la face antérieure de l'avant-bras et il ne persiste plus qu'une plaque rouge un peu surélevée, mais, chez la plupart, la cicatrisation est moins avancée; les bords restent indurés et, au milieu, il persiste un orifice fistuleux par lequel s'écoule toujours une notable quantité de pus séreux.

Juin. — Le malade quitte l'hôpital, sur sa demande; quoique son état ne se soit pas sensiblement amélioré depuis le 22 mai.

En résumé, l'affection qui nous occupe consiste en une série de petites tumeurs suppurées, disposées en chapelet sur le trajet des lymphatiques du membre supérieur et développées successivement de bas en haut. La marche fut essentiellement chronique : le début remontait à trois mois avant l'entrée à l'hospice, et six semaines de séjour dans le service ne nous ont permis d'assister qu'à une partie de l'évolution, le malade étant sorti avant sa parfaite guérison. Enfin, le processus s'est compliqué, sous l'influence d'une cause en apparence insignifiante, d'une angioleucite à laquelle succéda une inflammation chronique avec induration consécutive des lymphatiques.

M. Bazin diagnostique des abcès lymphatiques siégeant, selon toute probabilité, au niveau des valvules.

Et, en effet, tout porte à croire qu'il ne peut être question ici ni d'une hydrosadénite phlegmoneuse, ni de toute

autre suppuration ayant son siége dans le tissu cellulaire périlymphatique : La marche essentiellement chronique de l'affection, les caractères du pus, le mode de développement et le siége des tumeurs, le retentissement facile sur tout le système lymphatique brachial des incisions pratiquées sur les nodosités, et surtout sur l'induration consécutive des lymphatiques constituent autant de présomptions en faveur du diagnostic porté par notre honoré maître M. Bazin.

Mais peut-on aller plus loin et rechercher le point de départ, le siége exact de la suppuration? Peut-on, en d'autres termes, donner une explication pathogénique de l'affection dont nous avons décrit les diverses phases? Jusqu'à présent cela ne nous est point possible : M. Renaut en examinant le pus des abcès fut frappé de son analogie avec le détritus granuleux, produit de la dégénérescence des caillots fibrineux ; il se demanda si, au niveau de chaque valvule, il ne s'était pas produit un coagulum lymphatique dont la dégénérescence granulo-graisseuse aurait amené chacune des tumeurs suppurées. — Cette explication ingénieuse rend parfaitement compte des faits ; mais, outre qu'elle est susceptible de certaines objections (et entre autres la difficulté de la lymphe à se coaguler) elle a besoin, pour que nous l'admettions sans réserve, tout au moins d'une confirmation anatomique.

Sur un champ d'expériences aussi étendu que l'hôpital St-Louis, les faits nouveaux ne peuvent faire défaut, et nous espérons avoir bientôt la solution des diverses questions que nous ne pouvons encore que poser.

OBSERVATIONS DE SYPHILIS CONGENITALE

Recueillies à l'hospice de l'Antiquaille, service de

M. GAILLETON,

Par M. DANIEL MOLLIÈRE, interne du service.

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur la syphilis des enfants nouveau-nés avaient en vue un symptôme dont ils voulaient démontrer l'importance, une lésion qu'ils voulaient donner comme caractéristique, aussi trouve-t-on dans leurs ouvrages très-peu d'observations complètes. C'est pour cette raison que nous publions aujourd'hui la série des faits de cette nature observés à l'Antiquaille pendant les six premiers mois de cette année. Dans cette première note, nous ne voulons faire rentrer que les cas dans lesquels nous avons pu pratiquer l'autopsie : elle nous a souvent permis de constater des lésions qui méritent d'attirer l'attention.

OBSERVATION I. — La nommée M*****, née à Empuronay, département de l'Ardèche, arrive le 2 décembre 1869 au n° 41 du service de la crèche. Elle amène avec elle un petit enfant robuste, très-bien constitué, qu'elle cherche à allaiter. Il est âgé de quatre mois.

Cette femme contracta la syphilis il y a deux ans en allaitant un nourrisson pris à l'hospice de la Charité. Elle a donc conçu cet enfant depuis qu'elle est syphilitique. A sa naissance il était couvert de gonfles comparées par sa mère à des brûlures, mais l'éruption fut de peu de durée

et guérit spontanément au bout d'un temps assez court. Il est actuellement très-robuste et indemne de toute lésion spécifique apparente.

La mère présente actuellement une gomme de la fesse qui est profondément ulcérée; elle est en pleine cachexie syphilitique.

Le 25 décembre, survient une éruption papuleuse qui siége sur la région inférieure du tronc, les papules sont humides autour de l'anus. Elles sont discrètes, rouge cuivre, mais moins volumineuses. Elles durèrent dix jours environ; le 14 janvier, toute trace d'éruption ayant disparu et l'enfant paraissant en excellent état, il survient une fièvre intense; l'enfant s'agite, serrant les poings avec une expression toute spéciale d'anxiété. Il meurt à trois heures du soir : autopsie. Les viscères thoraciques et abdominaux sont parfaitement sains.

Mais, à l'ouverture du crâne, on est frappé du volume considérable des vaisseaux de la pie mère. Une sérosité extrêmement abondante remplit l'espace sous-arachnoïdien. En examinant ces vaisseaux au microscope, on voit qu'ils sont le siége d'une hyperhémie active extrêmement intense, surtout dans les deux scissures de Sylvius. Au centre, ce serait plutôt de la congestion passive. Les capillaires ont pris un aspect moniliforme irrégulier, leur diamètre est presque doublé ($0^m,025$). Ruptures multiples, infiltration de globules sanguins dans les tissus. Pas d'altération de la pulpe cérébrale.

Observation II. — La nommée B*****, âgée de deux mois, née à Lyon, entre avec sa mère le 10 mars 1870 au n° 38 du service de la crèche (hospice des Chazeaux). Sa mère a été nourrice pendant vingt mois chez des étrangers; elle nourrit actuellement son enfant qu'elle nous apporte

aujourd'hui : il est âgé de deux mois. C'est vers le trentième jour après la naissance que les accidents ont commencé. Elle remarqua tout d'abord de petites ulcérations au pourtour de l'orifice buccal. Il était du reste venu au monde très-chétif, tout ridé, ressemblant à un petit vieillard. C'est encore l'aspect qu'il présente actuellement.

On trouve actuellement sur la fesse gauche une ulcération profonde à bords taillés à pic, comprenant toute l'épaisseur de la peau, présentant une coloration rouge vif. Érythème intense du pli génito-crural. Plaques muqueuses, larges et saillantes sur les commissures buccales, croûtes au pourtour de la bouche. Quelques plaques opalines sur la région incisive de la voûte palatine. Coryza, état cachectique. Doigts amaigris, mains incurvées sur leur bord cubital. Sillons profonds sur les ongles du doigt indicateur et du pouce, toux fréquente. En examinant avec soin la mère et en l'interrogeant avec détails, on ne trouve sur elle aucune trace de syphilis.

Le 20. Depuis une quinzaine de jours, apparition de petites papules sur les fesses. L'une d'elle a pris le volume d'un petit pois; elle est arrondie et repose sur une base dure. La portion saillante est extrêmement rouge.

Mais il n'y a aucune espèce de pointe, de sommet acuminé. En la piquant avec une aiguille, on en fait tomber une goutte de pus.

Le 26. Cette tumeur a presque complétement disparu. Coryza, toux, diarrhée.

Le 27. *Mort.* — *Autopsie.* — Rien absolument dans les viscères abdominaux, presque pas d'adénite inguinale. Les ganglions du mésentère et du médiastin ont leur aspect normal. Vers sa partie moyenne, le poumon présente deux petits noyaux au niveau desquels son parenchyme, rose partout ailleurs, a une teinte rouge sombre et

une consistance plus dure, tandis qu'on y aperçoit, même à l'œil nu, des granulations grises.

Hyperhémie très-marquée de la substance blanche du cerveau, qui a une couleur des plus accentuées, mais dans laquelle le microscope ne révèle aucune lésion élémentaire. Il n'y a que de l'hyperhémie. Il n'y avait rien à noter du côté des méninges.

En pratiquant des coupes de la peau, dans les points où on avait remarqué ces petites tumeurs pendant la vie, on trouve une accumulation d'éléments embryonnaires dans le derme et le tissu cellulaire sous-cutané. Au centre, le noyau est ramolli : il ne contient que des leucocytes altérés, nageant dans un liquide très-riche en granulations. Ici la plus grande partie de la lésion siégeait dans le tissu cellulaire; mais j'ai pratiqué des coupes dans plusieurs points où le derme seul était atteint. Quant au poumon, on trouve une quantité considérable d'éléments embryonnaires dans le stroma; des bronches oblitérées et, autour d'elles, des granulations tuberculeuses, les unes développées sous les dermes muqueux, les autres au pourtour.

Observation III. — Marie D***, âgée de deux mois, née à l'hospice de la Charité de Lyon, entre le 22 mars 1870 à la crèche de l'Antiquaille, n° 16. Toux, coryza, érythème des fesses, plaques muqueuses au pourtour de la bouche, quelques débris de bulles vers les extrémités. État cachectique. Habitus spécial des enfants syphilitiques. Peau ridée, etc... Mort le 24. Vers la fin d'avril, la nourrice à laquelle elle avait été confiée entre à l'Antiquaille. Elle porte un chancre induré du mamelon. Les ganglions sont pris : il y a même déjà un peu d'angine érythémateuse. Elle donne sur l'enfant les renseignements suivants : Elle prit l'enfant deux ou trois jours après la naissance, le 20 janvier 1870. Il était petit, mais frais et de bonne

mine; il ne présentait pas la moindre lésion cutanée. C'est au bout de quinze jours que les premières lésions ont paru. L'apparition du chancre mammaire remonte au 30 mars.

Autopsie. — Le foie et la rate ne présentent pas de lésion. Rien aux centres nerveux. Le volume du rein droit est environ le double de celui que présente cet organe du côté opposé où il a sa grosseur normale. Il a une coloration rouge sombre à sa surface comme à la loupe. Au microscope, on ne trouve qu'une hyperhémie intense. On trouve tous les vaisseaux gorgés de sang, et en particulier le réseau des tubes droits. L'épithélium des tubuli et le stroma sont sains. Dans le poumon, on trouve de petits noyaux hyperhémiés; il y a même en certaines régions des points d'hépatisation rouge, près desquels on voit de petites granulations grises. Au microscope, on trouve à ces granulations la même structure qu'à celle du tubercule : elles sont constituées par une accumulation d'éléments embryonnaires. Il y a une prolifération très-abondante dans le stroma conjonctif des alvéoles. On trouve les parois des petites bronches très-épaisses; c'est dans leur voisinage et sur la tunique externe des vaisseaux que l'on voit surtout les granulations.

Observation IV. — Le nommé Eugène C*****, âgé de cinq mois, né à la Charité de Lyon, est apporté le 16 mars 1870 au n° 16 de la crèche. Figure de singe, rides, amaigrissement extrême, yeux excavés, mains renversées sur leur bord cubital. (Voir les planches 1 et 2). On trouve sur les jambes de petites tumeurs qui pour la plupart sont peu élevées et paraissent avoir pour siége le derme. L'une d'entre elles, plus volumineuse, a une coloration rouge cuivrée; elle est fluctuante, arrondie, ne présente pas de

sommet acuminé; c'est un segment de sphère. Plaques muqueuses à l'anus.

La nourrice infectée par lui vint un mois après avec un chancre induré du mamelon. Elle l'avait pris à l'âge de cinq jours; huit jours après, c'est-à-dire au treizième jour, des boutons apparurent sur les joues, puis sur les fesses, puis aux jarrets; le nez de l'enfant coula; elle remarqua des éruptions à la plante des pieds. La nourrice, effrayée, rendit l'enfant, qui mourut quelques jours après. Le chancre mammaire survint au bout de vingt-trois jours.

Autopsie. — 1° *Peau.* — Les petites élevures observées sur les jambes ne dépassent pas le derme, mais font cependant une certaine saillie du côté du tissu cellulaire sous-cutané. Elles sont constituées par un amas considérable d'éléments embryonnaires qui, vers le centre, disparaissent peu à peu pour faire place à une substance finement granuleuse. Au voisinage, la peau est saine.

2° *Viscères.* — Rien du côté des centres nerveux; les organes abdominaux sont sains. Je dois cependant noter un peu d'hyperhémie des plaques de Peyer, qui présentent une coloration beaucoup plus accentuée qu'à l'état normal. Elle coïncide avec un développement considérable des ganglions inguinaux qui remplissent complétement le triangle de Scarpa. Lorsqu'on examine ces derniers, on trouve un amas considérable d'éléments embryonnaires dans la région qui correspond au follicule; j'ai même pu voir un de ces derniers (?) transformé en une petite masse osseuse.

3° *Poumon.* — Presque tout l'organe est sain; mais vers la partie supérieure du lobe inférieur droit, est un noyau rouge sombre, dur au toucher. Au niveau de ce point, on voit sur des coupes minces des cellules embryonnaires

analogues à des granulations tuberculeuses. Beaucoup de petites bronches sont oblitérées par une substance granuleuse; plusieurs d'entre elles présentent un épaississement énorme de leur paroi.

Observation V. — Annette B***, âgée de deux mois entre le 6 avril 1870 au n° 38, service de la crèche. Elle est apportée par sa nourrice, qui porte à chaque sein un superbe chancre syphilitique à base largement indurée, avec ganglions axillaires. L'enfant est né le 13 janvier. Sa nourrice le prit au berceau le 5 février. Il ne présentait pas de lésion apparente, mais c'était un nourrisson chétif; il avait un peu le *blanchet* (muguet). Le médecin inspecteur la rassura. Au bout de trois semaines, Annette B...... eut sur les cuisses quelques boutons, puis il en parut sur les organes génitaux; ils étaient rouges d'abord, puis ne tardaient pas à suppurer.

La nourrice remarqua même à cette époque des boutons blancs sur la langue de l'enfant. Coryzas, éruptions mal définies sur le tronc. Les chancres du sein apparurent chez la nourrice environ trois semaines après le début des accidents du nouveau-né. A son entrée, il présente des plaques muqueuses au pourtour de l'anus et aux lèvres. État cachectique. Nous avons vu le père de l'enfant qui nie énergiquement tout antécédent syphilitique. Mort.

Autopsie. — Nous n'avons pas rencontré de lésion ailleurs qu'aux poumons. On trouve vers le sommet une légère induration avec couleur rouge foncée.

En pratiquant des coupes minces on trouve 1° une prolifération luxuriante des éléments conjonctifs du stroma des alvéoles. Autour des bronches le nombre des éléments embryonnaires est encore plus considérable et forme des amas qui ressemblent beaucoup à des granulations tubercu-

leuses. — En certains points les petites bronches sont complétement effacées par ces masses, en d'autres elles sont gorgées de substances finement granuleuses qui les oblitèrent complétement. Le poumon, dans le reste de son étendue, est normal. Il y a cependant un peu de pneumonie catarrhale à quelque distance du noyau dont je viens de parler, en d'autres points, effacement pur et simple des vésicules. — J'ai pu voir sur une préparation une accumulation de noyaux sous la couche épithéliale de la muqueuse, soulevant cette dernière, rompue en un point, la circonférence de la bronche ayant sur une coupe un aspect ondulé.

Observations VI. — Antonie C***, âgée d'un mois, entre le 2 avril 1870 au n° 41, service de la crèche.

La mère a pour époux un libertin qui l'a abandonnée pendant sa grossesse, et qui sans cesse se livre aux excès vénériens avec des prostituées. Cette femme ne présente cependant aucune lésion syphilitique, mais elle porte un abcès parenchymateux du sein droit avec gonflement de toute la glande; l'allaitement est à peu près impossible, son nourrisson est petit, chétif; il a du coryza, un peu de muguet buccal, de petites plaques muqueuses au pourtour de l'anus. On prescrit la liqueur de W. Swieten. — Il meurt le 5 avril au soir.

Autopsie. — Légère augmentation de volume des ganglions inguinaux et mésentériques. — Autopsie négative pour tous les autres organes excepté le poumon. On trouve vers la partie supérieure de cet organe un petit point induré. — Amas irrégulier d'éléments embryonnaires accumulés, près des petites bronches, vésicules gorgées d'éléments en régression graisseuse. — Petites bronches oblitérées par une substance granuleuse. — Lobules atélec-

tosiés, telles sont les lésions révélées par l'examen histologique.

Observation VII. — La nommée Augustine E***, âgée de 22 ans, née à Lyon, exerçant la profession de dévideuse, entre le 12 novembre 1869 au n° 14 de la salle Ste-Monique. Elle est enceinte de 8 ou 9 mois et se présente avec des croûtes dans les cheveux, de larges plaques muqueuses amygdaliennes; on trouve sur les cuisses des pustules rouges, profondes, sans caractère bien tranché. Larges plaques muqueuses ulcérées au pourtour de l'orifice vulvaire. Roséole.

La malade fait remonter au mois d'août le début de sa maladie, c'est du reste à cette époque qu'elle a pratiqué le coït pour la dernière fois. Elle ne connaît pas d'une manière bien précise le père de l'enfant qu'elle porte.

Le 25 novembre, elle accouche d'une petite fille très-chétive, mais qui ne présente aucune trace de lésion syphilitique.

La délivrance n'a rien présenté d'anormal. Le placenta était sain.

19 décembre. — L'enfant ne profite pas le moins du monde. Œdème des grandes lèvres et des membres inférieurs, facies ridé ; figure de singe, mains fortement déviées sur le bord cubital; fléchies sur l'avant-bras. Mais pas la moindre éruption.

20. *Mort.* — . — Autopsie absolument négative. — Seul le cerveau a présenté au microscope une dégénérescence granulo-graisseuse des cellules dans presque toutes les régions.

Observation VIII. — La nommée Françoise P***, âgée de 1 mois entre le 26 avril 1870 au service de la crèche. C'est

une enfant illégitime qui dès sa naissance a été envoyée en nourrice.

La femme qui s'en était chargée l'a ramenée il y a 3 jours parce que, depuis quelque temps (elle ne précise rien à ce sujet), il présente des boutons, sa mère n'a plus de lait de sorte que le nourrisson a été alimenté exclusivement avec le biberon depuis 4 ou 5 jours. En le découvrant, on trouve une plaque muqueuse sur la grande lèvre gauche. Rien sur les mains, rien aux pieds. Au pourtour de l'anus, il y a cinq ou six ulcérations qui ont tout à fait l'aspect des plaques muqueuses. Ulcération laissant le derme à nu à fond blanc, opalin. Coryza. Croûtes impétigineuses autour de la bouche, figure ridée. — L'enfant ressemble à un petit vieux. Mains fortement renversées sur le bord cubital (1). Maigreur. — La mère affirme n'avoir jamais eu aucun accident.

Mort le 29 avril. — Autopsie. — Rien absolument du côté des organes abdominaux. — Rien du côté de l'encéphale. — Légère tuméfaction des ganglions ingunaux. Le poumon seul est altéré. On voit quelques taches rouge foncé à la surface des lobes gauches qui sont beaucoup moins pâles que ceux du côté droit. Vers le sommet, il y a un petit point dur, rouge sombre, du volume d'une aveline, à ce niveau on trouve : 1° Des alvéoles remplis par des éléments en voie de régression graisseuse et par du sang. 2° Une quantité très-considérable de noyaux accumulés autour des bronches et dans leur épaisseur en forme de petits amas irréguliers, on les remarque aussi autour des petits vaisseaux, noyaux très-nombreux accumulés dans le stroma des vésicules. Des altérations analogues se rencontrent au niveau des taches dont il vient d'être parlé.

(1) Voir le moule.

(La suite au prochain numéro.)

ÉTUDE

SUR

L'HERPÈS ZOSTER FRONTAL OU OPHTHALMIQUE

PAR

le Docteur **Laqueur**.

---

§ 1er BIBLIOGRAPHIE.

Le zona frontal a été, dans ces dernières années, le sujet de nombreuses publications. Cette affection, qui paraissait être extrêmement rare, a été observée récemment un grand nombre de fois, et des descriptions soigneuses en ont été données, surtout par les ophthalmologistes anglais. Il nous semble donc que les éléments suffisent pour essayer de tracer l'image clinique de cette intéressante maladie, laquelle, du reste, a déjà été traitée monographiquement par M. R. Jacksch.

Voici les principaux travaux concernant notre sujet :

Hutchinson. Ophthalmic hospital reports, vol. V, page 191.

Bowman. Ophthalm. hosp. rep. vol. VI. p. 1, analysé dans les Annales d'ocul. LXII. pag. 39.

Rudolph. Zur Casuistik des Herpes Zoster frontalis. Thèse inaugurale, Breslau 1869.

Jeffries Joy. Transactions of the American Ophthalm. Society. New-York, 1869, p. 75.

Steffan. Compte rendu du congrès d'Ophthalmologie de Heidelberg en 1868. Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde et Annales d'Ocul. LXI, p. 70.

— Klinische Erfahrungen und Studien, Erlangen, 1869, p. 25.

Johnen. Deutsche Klinik, 1868, 25 juin.

§ 2. FRÉQUENCE DE L'HERPÈS ZOSTER FRONTAL.

On connaît, d'après Jacksch, en somme, environ 65 cas de zona frontal. Plus de 50 d'entre eux ont été observés en Angleterre ; M. Hutchinson, à lui seul, l'a vu environ 25 fois, et M. Bowman en a pu citer 13 exemples. En Allemagne, cette affection a été trouvée une dizaine de fois, tandis qu'en France quelques cas seulement se sont présentés à l'observation de Trousseau et de Rayer. Il paraît donc que le zona frontal est beaucoup plus fréquent en Angleterre qu'en France et qu'en Allemagne.

Il serait intéressant de rechercher quelle est la fréquence du zona frontal par rapport à celle du zona qui occupe les autres régions du corps. Les données statistiques ne sont malheureusement pas suffisantes pour permettre de répondre à cette question. *Baerensprung* a trouvé 5 cas de zona frontal parmi 95 cas de herpès zoster qu'il a recueillis. D'après M. *Hebra*, cette proportion serait encore de beaucoup trop forte ; car voici un tableau qui rend compte des cas de zona observés pendant 10 ans (de 1857 à 1867) dans le service dermatologique de l'hôpital général de Vienne. Le zona a été constaté,

Dans la région frontale....................	1 fois
— faciale....................	2

—	du cou	3
—	de la nuque	5
—	des bras	14
—	pectorale	48
—	abdominale	6
—	lombo-inguinale	1
—	périnéale	2
—	fémorale	13
	En somme	95 fois

§ 3. TABLEAU SYNOPTIQUE DE 52 CAS D'HERPÈS ZOSTER FRONTAL.

Nous donnons ci-après un tableau, embrassant 52 cas d'herpès zoster ophthalmique et rendant compte du sexe et de l'âge des sujets, ainsi que du côté frappé de l'éruption, du nerf le long duquel celle-ci avait lieu et des complications qui ont été constatées. Remarquons que les 20 premiers cas se trouvent réunis dans un tableau donné par M. Hutchinson (Ophth. Hosp. Rep. vol. V. 3 et 4), et que les 13 cas suivants, 21-34, sont empruntés à M. Bowman (Ophth. Hosp. Rep. vol. VI, 1). Les 17 suivants (34-50) sont pris dans la thèse de M. Jacksch (p. 18), qui reproduit aussi les 33 précédents; et les deux derniers (51 et 52) sont puisés dans Trousseau (Clinique médicale, I, p. 193).

Nos	SEXE.	AGE.	COTÉ.	AUTEUR.	PARTIES AFFECTÉES.	NERF.	COMPLICATIONS ET REMARQUES.
1	H.	63	G.	Hutchinson.	Front, paup. sup., iris, face latérale du nez, jusqu'au lobule.	Branche ophthalmique tout entière,	L'œil s'inflammait et était perdu pour la vision.
2	F.	26	G.	Id.	Front, côté du nez, région moyenne.	N. frontal ext. et int., n. sous-trochl.	Œil non inflammé.
3	H.	3 1/2	D.	Id.	id.	Id.	Œil non inflammé.
4	H.	56	G.	Id.	Front.	Frontal.	Œil non inflammé. Vésicules au côté droit de la poitrine.
5	?	25	G.	Id.	Front.	Frontal.	Œil non inflammé.
6	F.	64	D.	Id.	Front.	Frontal.	Cas assez léger. Œil non affecté.
7	H.	17	?	Id.	Front et côté du nez.	Frontal et quelques ramifications du n. nasociliaire.	Notes incomplètes.
8	H.	69	G.	Id.	Front, côté du nez, cornée, iris.	Frontal et nasociliaire.	Opacités étendues de la cornée; synechies post. La pupille n'est pas dilatée par l'atropine.
9	F.	68	G.	Id.	Front, côté du nez, cornée, iris et conjonctive.	Frontal et nasociliaire.	Œil inflammé.
10	F.	66	?	Id.	Front, côté du nez, conjonctive, cornée, iris.	Frontal et nasociliaire.	Cornée trouble; pupille fixe.
11	H.	60	G.	Id.	Front, côté du nez, conjonctive, cornée.	Frontal et nasociliaire.	Œil atteint de cataracte.
12	H.	46	G.	Id.	Front et côté du crâne.	Frontal.	L'œil non affecté.
13	F.	16	G.	Parker.	Front, côté du nez, iris.	Frontal et nasociliaire.	Cornée intacte; exsudation circonscrite de l'iris.
14	?	65	D.	Hutchinson.	Front, côté du crâne.	Frontal.	Œil non affecté.
15	H.	47	G.	Rayer.	Front.	Frontal.	Œil non mentionné.
16	H.	23	D.	Broadbent.	Front, côté du nez, mais pas le lobule.	Frontal et nasociliaire.	Œil inflammé; cornée légèrement trouble.
17	F.	12	?	Hutchinson.	Front.	Frontal.	Œil intact.
18	F.	60	D.	Id.	Front, face latérale du nez.	Frontal et nasocilaire.	Œil inflammé; perte complète de la vision.
19	H.	14	G.	Id.	Front, crâne, paupière supérieure.	Frontal.	Cas léger. Œil intact.
20	H.	43	G.	Ransom.	Front.	Frontal.	Œil intact.
21	F.	80	G.	Joy Jeffries.	Front, crâne, paupière supérieure, côté du nez, globe de l'œil.	Branche ophthalmique tout entière.	Œil affecté. La malade meurt d'épuisement le quarante-quatrième jour.
22	F.	40	D.	Bowman.	Front.	Frontal.	Kératite laissant des taches de la cornée.
23	F.	37	D.	Id.	Front.	Frontal.	Œil affecté; kératite et iritis laissant des taches épaisses.
24	H	36	G.	Id.	Front.	Frontal.	Strabisme convergent de l'œil gauche; diplopie.
25	H.	70	G.	Id.	Front et crâne.	Frontal.	Conjonctivité; globe de l'œil intact. Névrotomie du frontal externe sans effet permanent.
26	H.	44	G.	Id.	Tempe et joue.	Frontal et sous-maxillaire.	Atrophie du nerf optique.
27	H.	55	G.	Id.	Front, joue côté du nez, paupières.	Frontal et nasociliaire.	Kératite laissant des taches. Névrotomie du frontal externe et du nerf sous-trochléen. Soulagement considérable.
28	F.	60	D.	Id.	Front.	Frontal.	Œil non inflammé.
29	F.	52	D.	Id.	Front, côté du nez, région sous orb.	Frontal et sous-trochléaire.	Ulcères de la cornée et iritis de l'œil droit.
30	H.	70	D.	Id.	Front, tempe et paupière supér.	Frontal.	Paupière épaissie; globe de l'œil intact.

N°s	SEXE.	AGE.	COTÉ.	AUTEUR.	PARTIES AFFECTÉES.	NERF.	COMPLICATIONS ET REMARQUES.
31	H.	4	G.	Bowman.	Front.	Frontal.	Œil intact.
32	H.	9	D.	Id.	Front et partie supérieure du nez.	Frontal et sous-trochléaire.	Leucôme de la cornée (suite de l'herpès?)
33	H.	12	D. ?	Id.	Front.	Frontal.	Œil intact.
34	F.	41	D.	Id.	Front.	Frontal.	Œil intact.
35	F.	54	D.	Mann.	Front.	Frontal.	Paupière supér. gonflée; globe de l'œil intact.
36	H.	40	G.	Stewart.	Front, crâne, paupière supérieure, racine du nez.	Frontal et nasociliaire.	Œil intact.
37	F.	38	G.	Johnen.	Front, tempe, paupière supérieure, côté du nez, cornée, iris.	Branche ophthalmique tout entière.	Œil inflammé; la pupille est dilatée par l'atropine.
38	H.	36	G;	Steffan.	Front, paupière supérieure, côté du nez, jusqu'au lobule.	Frontal, lacrymal et nasociliaire.	Légère conjonctivité; globe de l'œil intact.
39	H.	22	G.	Bowater J. Vernon.	Front, paupière supérieure.	Frontal, lacrymal et sous-trochl.	Légère conjonctivité; œil intact.
40	F.	76	G.	Id.	Front, paupière supérieure, nez, excepté le lobule.	Les mêmes.	Œil intact.
41	F.	22	G.	Id.	Front, paupière supérieure, cornée.	Frontal et sous-trochléaire.	Ulcère superficiel de la cornée.
42	H.	32	G.	Id.	Front, paupière supérieure, côté du nez, iris.	Frontal et nasociliaire.	Iritis; vision fortement diminuée.
43	H	53	D.	Id.	Front, crâne, paupière supérieure, côté du nez, iris.	Branche ophthalmique tout entière.	Iritis; vision fortement diminuée; paralysie de la troisième paire.
44	H.	17	G.	Jacksch (Cohn).	Front, côté du nez, lèvre supér., voile du palais, cornée.	Branche ophthalmique et branche maxillaire supér. du trijumeau.	Kératite; guérison complète; point de cicatrices.
45	H.	?	G.	De Haen.	Front, paupières, joue.	Rameaux de la 1re et de la 2e branche du trijumeau.	Œil intact.
46	?	?	G.	Traube.	Front, paupière supér., côté du nez.	Frontal, lacrymal et sous-trochl.	Œil intact.
47	H.	68	D.	Danielssen.	Front, tempe.	Frontal.	Joue et nez enflés; œil intact.
48	H.	27	G.	Rayer	Front, paupière supérieure.	Frontal.	Œil intact.
49	H.	70	G.	Id.	Front, tempe, côté du nez, joue.	Frontal et quelques rameaux de la 2e branche du trijumeau.	Œil intact.
50	H.	17	G.	Ringer.	Crâne, front, partie supérieure de la face, côté du nez.	Frontal externe et sous-trochléaire.	Paupières occlimatiées; coujonctive gonflée.
51	H.	40	G.	Trousseau.	Front, paupières, nez.	Frontal et nasociliaire.	Œil affecté.
52	H.	60	G.	Id.	Les mêmes.	Les mêmes.	Iritis persistant pendant plus de trois mois.

§ 4 FRÉQUENCE DE L'HERPÈS ZOSTER FRONTAL SELON LE SEXE, L'AGE ET LE COTÉ DU CORPS.

On voit, par le tableau précédent, que l'herpès zoster frontal est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Les 49 cas, dans lesquels le sexe des malades est indiqué, se répartissent sur 32 hommes et 17 femmes. En ajoutant à ces chiffres un autre de 13 cas mentionnés dans la thèse de Jacksch et non compris dans le tableau précédent (9 hommes et 4 femmes), nous trouvons que sur 62 individus atteints de zona frontal, il y a 41 hommes et 21 femmes, d'où il résulte que *la maladie est à peu près deux fois plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin.*

Nous nous dispensons de transcrire ici le tableau de Jacksch qui rend compte de la répartition de l'herpès zoster frontal sur les différents âges. Contentons-nous de remarquer que *le maximum de la fréquence* (17 cas sur 50) se *rencontre à l'âge de* 60 *à* 70 *ans,* et que, du reste, la maladie se trouve dans tous les âges depuis l'enfance (3 à 4 ans) jusqu'à la vieillesse la plus avancée.

On n'a jamais vu l'herpès zoster frontal attaquer les deux côtés du corps à la fois; c'est donc une affection unilatérale. *Le côté gauche présente une prédomination marquée sur le côté droit.* Nous voyons, en effet, par notre tableau, que, parmi 49 cas, le zona frontal a atteint 33 fois le côté gauche et 16 fois seulement le côté droit.

§ 5. MARCHE DE L'AFFECTION.

L'éruption herpétique est presque toujours précédée d'un stade prodromique, caractérisé par de violentes douleurs névralgiques au front, à la tête et parfois dans toute

la région qui devient plus tard le siége de l'éruption. La durée de ce stade prodromique est ordinairement de quelques jours ; quelquefois cependant les névralgies commencent une semaine ou neuf jours avant l'apparition de l'herpès (cas de Steffan) ; dans un cas de *Bowater J. Vernon* (nº 43 de notre tableau), elles se montraient déjà un mois avant l'éruption cutanée. Par contre, un cas de Rayer (nº 48 de notre tableau) prouve que le commencement des douleurs névralgiques peut être suivi de très-près, de 12 heures, de l'apparition de l'herpès.

Voici comment M. Steffan décrit le développement de l'exanthème.

« La peau se gonfle et devient rouge. A certains endroits, « on constate une résistance plus forte dans le tissu sous-« cutané. Puis la surface et la peau se couvre de petites « vésicules, disposées en groupes ou en plaques isolées. « Bientôt ces groupes viennent se confondre ; leur contenu « séreux, mélangé de sang et de pus, se dessèche et « forme des croûtes. Ces croûtes tombent et laissent après « leur chute très-souvent des cicatrices plus ou moins « profondes qui restent pour toute la vie et font recon-« naître, longtemps après la disparition de l'herpès, l'af-« fection qui leur a donné naissance. — La durée de la « maladie à partir du développement des vésicules jusqu'à « la chute des croûtes et la formation des cicatrices est « environ de trois semaines. »

Les cicatrices sont une suite extrêmement fréquente, mais pas constante, de l'herpès frontal. Dans le cas de *M. Cohn*, rapporté par *Jacksch* (nº 44), elles faisaient entièrement défaut, et M. *Kreitmaier*, dans la discussion du congrès d'Heidelberg, mentionne un autre cas qui a guéri sans laisser de cicatrices. Mais il paraît que ce sont là de rares exceptions.

La cicatrisation ne met pas toujours fin aux violentes

douleurs qui précédaient et accompagnaient l'éruption. Souvent les douleurs persistent, avec toute leur intensité, pendant des mois ou même des années. Cette persistance des névralgies a été constatée aussi à la suite d'autres formes de zona, et signalée particulièrement par *Trousseau*. Cet auteur cite, dans sa remarquable leçon sur le zona (Clinique méd, I, p. 197), l'exemple d'une femme de 70 ans qui avait été atteinte d'un zona (non frontal) et qui, 14 ans après, souffrait encore des douleurs atroces, et celui d'une autre dame, également âgée, qui était affligée de névralgies violentes 5 ans après la disparition de l'herpès. Ces douleurs, dit Trousseau, sont intolérables et font le désespoir des malades et de la médecine. Bien que ces exemples montrent que, dans toute forme de zona, les névralgies peuvent persister après la fin de l'éruption, on sait pourtant que cela n'arrive que dans une petite partie des cas. Dans la grande majorité des cas, le malade est guéri aussitôt l'exanthème disparu. Dans le zona frontal, au contraire, la persistance des douleurs est presque la règle.

Voici donc deux particularités par lesquelles le zona frontal, en dehors des différences du siége, se distingue du zona de toutes les autres régions du corps :

1° Les vésicules sont très-profondes et laissent presque constamment des cicatrices indélébiles.

2° Les violentes névralgies persistent très-souvent après la guérison complète de l'éruption.

§ 6. SIÉGE DE L'ÉRUPTION.

Le siége de l'éruption est rigoureusement lié à l'épanouissement cutané de la branche ophthalmique du nerf trijumeau. Par conséquent, nous trouvons des vésicules herpétiques au front, à une partie de la tempe et du crâne.

à la paupière supérieure, et au tégument du nez jusqu'à la pointe. Mais ce n'est que dans la dixième partie des cas que l'éruption se présente dans toutes les régions animées par la branche ophthalmique. Beaucoup plus souvent elle apparaît en suivant le trajet de l'une ou de l'autre de ses ramifications. On peut résumer, dans les propositions suivantes, ce que l'expérience a appris à cet égard :

1° Dans le zona frontal, l'éruption existe constamment au front (dans la distribution du nez frontal externe), très-souvent aussi à la partie interne de la paupière supérieure (trajet du nerf frontal interne).

2° L'éruption peut se montrer isolément dans le tégument animé par le nerf frontal externe, et occuper une partie de la tempe et du crâne ; mais elle n'existe pas isolément dans la distribution du nerf frontal externe.

3° Dans plus d'un tiers des cas, l'éruption reste bornée à la distribution des nerfs frontaux.

4° Dans la moitié des cas (26 sur 52) on a trouvé l'éruption aussi dans les téguments animés par le nerf nasociliaire. Elle peut exister suivant toutes ses ramifications (angle interne de l'œil, racine du nez, face latérale et lobule du nez) ou bien suivant quelques-unes d'entre elles.

Ajoutons, pour être complet, que dans trois cas (nº 44, 45 et 49 de notre tableau) on a observé une complication avec herpès de parties animées par la deuxième branche du nerf trijumeau (lèvre supérieure, voûte du palais, joue). Une fois (nº 43), on a constaté une paralysie de l'oculomoteur commun qui disparut avec la guérison du zona frontal.

§ 7. COMPLICATIONS OCULAIRES.

Le zona frontal se complique dans la moitié de tous les cas, d'affections de l'œil. Ce sont ces ophthalmies qui

ont attiré à un haut degré l'attention de Hutchinson et de Bowman, auxquels nous devons le plus grand nombre des bonnes observations de cette maladie.

Les paupières sont souvent rouges, gonflées, œdématiées, même dans les cas où elles ne sont pas le siége de l'éruption. Ce gonflement des paupières et des parties voisines rappelle assez celui que produit l'érysipèle et a, en effet, souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic (V. le paragraphe suivant).

La conjonctive est souvent injectée, mais il est digne de remarque que ni sur elle, ni sur la cornée on ne trouve aucune trace de vésicules herpétiques. Les ophthalmologistes connaissent une affection cornéenne, extrêmement rare, il est vrai, dans laquelle on rencontre des vésicules disséminées sur la surface de la cornée. La couche épithéliale et probablement la membrane de Bowman sont soulevées en vésicules par une exsudation séreuse; en même temps il y a des douleurs assez vives, quelquefois intermittentes. On a même donné à cette affection extrêmement rare (dont nous n'avons vu que deux exemples), le nom d'herpès de la cornée; mais le fait qu'il n'y a dans le zona ophthalmique aucune trace de vésicules herpétiques sur la cornée, prouve que cette dénomination n'est pas justifiée.

M. Hutchinson et d'autres observateurs ont trouvé que l'affection oculaire qui complique si souvent le zona frontal, se montre sous deux formes. La première est la *Kératite ulcéreuse.* Il se forme, plutôt dans les parties périphériques que dans la partie centrale de la cornée, un ou plusieurs petits ramollissements ou ulcères qui ont une certaine ressemblance avec ceux que l'on voit survenir dans le cours de la variole. Ces ulcères guérissent ordinairement, mais en laissant des taches. Dans certains cas cependant, ils peuvent s'aggraver, se compliquer d'iritis purulente,

et amener par leur perforation la perte de l'œil. Cette issue funeste a été observée en deux cas (nos 1 et 18 de notre tableau).

La deuxième forme, sous laquelle l'œil participe au processus pathologique du zona frontal, est l'*iritis*. Cette iritis n'a rien de particulier qui la distingue d'autres formes de cette affection. C'est ordinairement l'iritis exsudative amenant des synéchies postérieures ; une fois cependant on a vu une exsudation circonscrite dans le tissu de l'iris, comme on la rencontre parfois dans l'iritis syphilitique (condylome irien). M. Hutchinson pensait que l'iris était dans ces cas réfractaire à l'atropine; mais les observations de MM. *Johnen* et *Cohn* (nos 37 et 44) prouvent que le médicament exerce dans cette iritis son action mydriatique comme dans toutes les autres. L'intensité de la phlegmasie atteint rarement des degrés élevés.

Ces affections oculaires ne coïncident pas avec l'éruption, mais paraissent lui succéder (d'après Bowman) après un court espace de temps; quelquefois elles ont même apparu pendant la guérison de l'exanthème.

Dans quelles conditions se manifestent les complications oculaires ?

M. Hutchinson a établi comme règle que le globe oculaire restait intact partout où l'éruption se restreint à la distribution du nerf frontal. Cette règle qui est vraie pour la grande majorité des cas, n'a cependant pas de valeur absolue; car notre tableau montre que dans deux cas de Bowman (nos 22 et 23) il y avait une kératite et une kérato-iritis, quoique l'exanthème ne dépassât pas les limites du front.

M. Hutchinson nous apprend ensuite que la complication oculaire arrive constamment quand l'éruption suit toutes les ramifications du nerf nasociliaire, lorsque, par conséquent, la face latérale *et le lobule du nez* sont couverts de vésicules. L'examen de notre tableau montre que cette

proposition de Hutchinson est parfaitement exacte. Sa raison se comprend du reste dans une certaine mesure; car le nerf nasociliaire a de tous les rameaux du trijumeau les rapports les plus intimes avec le globe oculaire; puisque c'est lui qui envoie la racine sensitive au ganglion ophthalmique et qui, de plus, donne naissance à plusieurs nerfs ciliaires.

§ 8. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Le diagnostic du zona ophthalmique est moins simple qu'on ne le croirait au premier abord. M. Bowman et M. Steffan nous affirment que des praticiens expérimentés ont manqué le diagnostic en confondant l'affection avec l'érysipèle de la face. Il ne sera donc peut-être pas inutile de rappeler ici (d'après Bowman) les signes différentiels des deux maladies.

1° L'herpès zoster n'entraîne pas d'état fébrile; tandis que l'érysipèle s'accompagne d'une fièvre marquée.

2° Le zona frontal est précédé et accompagné de névralgies violentes qui font défaut dans l'érysipèle.

3° Le siége du zona frontal est lié à la distribution d'un nerf cutané; il ne dépasse jamais la ligne médiane, que l'érysipèle est loin de respecter.

4° Les vésicules de l'herpès sont nombreuses, petites, réunies par groupes et ne sont jamais confondues en grandes phlyctènes comme dans certaines formes de l'érysipèle.

5° Le zona frontal entraîne souvent des complications oculaires et laisse très-fréquemment des cicatrices ineffaçables; on sait que l'érysipèle ne compromet pas l'œil et qu'il guérit sans laisser de cicatrices.

Il n'y a guère d'autre affection cutanée avec laquelle le zona frontal puisse être confondu.

§ 9. NATURE DU ZONA FRONTAL.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps aux théories émises sur la nature de l'herpès zoster. Les lecteurs de ces Annales connaissent l'hypothèse de *Baerensprung*, appuyée par une observation intéressante de Charcot, d'après laquelle le point de départ de l'affection serait dans les ganglions spinaux, de même que l'hypothèse de M. *Eulenburg*, d'après laquelle le zona serait, comme l'urticaire, une angionévrose exanthématique. Le nombre des autopsies soigneusement faites est beaucoup trop restreint, pour qu'il soit permis de former des théories sur l'essence de cette maladie curieuse. Quant au zona frontal en particulier on n'en possède aucune autopsie.

§ 10 PRONOSTIC.

Il résulte de ce qui précède que le pronostic du zona frontal est moins favorable que celui du zona en général. Si l'affection ne compromet pas directement les jours du malade, elle peut pourtant exceptionnellement lui devenir fatale comme le prouve le cas de Joy Jeffries (n° 21) qui s'est terminé par la mort. Il est vrai de dire qu'il s'agissait là d'une femme de 80 ans, qui succombait le 44e jour de la maladie à l'épuisement amené par les névralgies violentes. Mais, même en écartant cette issue comme accidentelle, nous sommes obligé de dire que le zona frontal est une maladie grave, en ce sens que très-souvent des douleurs atroces persistent après la guérison de l'éruption. Il faut aussi tenir compte des cicatrices défigurantes qu'elle laisse à sa suite.

§ 11. TRAITEMENT.

Le traitement local doit être aussi simple que possible.

On doit se contenter de couvrir les vésicules de cérat ou d'un onguent de glycérine, ou bien de les saupoudrer d'une fine farine de riz. Les moyens tendant à prévenir ou à entraver le développement des vésicules, tels que les applications du collodion, les incisions et les cautérisations, sont tout à fait nuisibles (Jacksch).

Les névralgies concomitantes demandent souvent un traitement spécial. Avouons cependant avec M. Bowman, que nous ne possédons aucun moyen tant soit peu sûr contre ces douleurs effrayantes. On a tour à tour à peu près tout essayé. La quinine s'est montrée efficace dans quelques cas et a été recommandée par *Hutchinson* et *Kreitmaier*. Dans beaucoup d'autres cas, la quinine, de même que la solution de Fowler et les médicaments narcotiques, restèrent tout à fait infructueux. Les injections hypodermiques de morphine amenaient souvent (pas toujours) un soulagement passager. *Crépinel* recommande l'application d'une huile chloroformique (1 partie de chloroforme sur 3 à 4 à 5 parties d'huile), tandisque *Baerensprung* affirme que l'usage externe du chloroforme ne lui a pas donné de résultats satisfaisants. — Nous n'avons pas trouvé parmi les médicaments employés le bromure de potassium qui mérite peut-être d'être essayé.

Il nous reste comme dernière ressource de la thérapeutique, la *section des nerfs*. Elle a été pratiquée deux fois seulement par M. *Bowman*, contre des douleurs qui ne cédaient à aucun autre moyen. Dans le premier cas (n° 25 du tableau), M. Bowman pratiqua la névrotomie du nerf frontal externe. Elle supprimait incontestablement pour plusieurs semaines toute sensation dans la région animée par le nerf; mais dans les parties voisines la sensibilité était la même. Au bout de quelques semaines les douleurs reparurent même dans le trajet du nerf divisé. M. Bowman

pense que le soulagement aurait peut-être été plus marqué, si la section avait atteint un point plus profond.

Dans le deuxième cas (nº 27), M. Bowman fit la section de deux nerfs : du nerf frontal externe et du nerf trochléen (un rameau du nerf nasociliaire). Le soulagement obtenu par la névrotomie fut très-considérable, quoique les douleurs persistassent dans l'intérieur de la narine dont le nerf ne pouvait être atteint par le couteau). L'amélioration était aussi d'assez longue durée : Ce résultat relativement heureux a déterminé M. Bowman à recommander la section du nerf dans les cas tout à fait rebelles.

Le traitement de la kératite et de l'iritis, qui compliquent le zona frontal, n'est pas différent de celui de ces deux maladies en général. Comme l'atropine exerce, contrairement à l'opinion de M. Hutchinson, dans le zona ophthalmique son action mydriatique comme à l'ordinaire, on ne se privera pas du secours de ce topique puissant.

OBSERVATION

D'ESTHIOMÈNE DE LA RÉGION VULVO-ANALE

Par TH. CURTIS

Interne des hôpitaux de Paris

L'observation qui suit nous a paru intéressante à plusieurs titres ; elle a trait à une affection assez peu fréquente dont le diagnostic et le traitement peuvent être une souree d'embarras pour le praticien.

Voici d'abord le fait comme il s'est présenté ; nous le ferons suivre d'un court exposé des considérations sur lesquelles M. Fournier a appuyé son diagnostic de *lupus* ou *esthiomène* de la région vulvo-anale.

Observation. — Marie A.... âgée de 30 ans, entre le 4 mars 1868 à Lourcine, dans le service de M. Fournier. Elle est eouchée à la salle Saint-Clément, nº 1.

Antécédents. Cette femme n'a jamais eu de maladie antérieure à eelle dont elle est affectée aujourd'hui ; elle dit avoir toujours été bien portante et très-robuste. Sa famille est assez aisée, et elle n'a jamais connu ni les privations ni les grandes fatigues. Un interrogatoire minutieux ne révèle *aucun antécédent de scrofule ou de syphilis*, soit ehez elle soit ehez ses parents. Son père vit encore, elle a des frères qui sont absolument bien portants.

La menstruation s'est établie à l'âge de 15 ans, et à partir de cette époque la malade a toujours été bien réglée jusqu'à ces derniers temps. Depuis 3 mois cependant aménorrhée.

Elle eut des rapports sexuels pour la première fois il y

a trois ans et demi. Elle n'a jamais cohabité qu'avec un seul homme ; celui-ci la rendit enceinte, et elle accoucha, il y a deux ans et demi, au septième mois de sa grossesse, d'un enfant qui vécut 6 jours.

A Paris depuis 2 ans, elle s'est placée comme domestique. Elle affirme avoir mené une vie parfaitement régulière et n'avoir jamais eu de rapports sexuels depuis son accouchement, c'est-à-dire depuis 2 ans et demi.

Elle s'aperçut, il y a un an, de légères douleurs à l'anus lors de la défécation ; entre les garde-robes elle ne ressentait ni douleurs ni démangeaisons.

Elle commença il y a 6 mois à souffrir en urinant.

Ces symptômes attirèrent à peine son attention ; à ce point qu'elle ne consulta aucun médecin et ne fit aucun traitement.

Elle commença, il y a trois semaines, à être affectée d'une incontinence d'urine qui la força à suspendre son travail ; sa maîtresse se plaignait de ce qu'elle mouillait les parquets de l'appartement. Cette infirmité seulement détermina la malade à quitter sa place et à entrer à l'hôpital.

Sauf quelques tisanes et des injections vaginales elle n'a fait aucun traitement.

Etat actuel, le 9 mars 1868. La malade est de petite taille ; elle a les joues bien colorées, un embonpoint assez considérable et un certain air de santé ; cependant, bien qu'on ne trouve pas chez elle de manifestations certaines de scrofule, elle présente quelques attributs non douteux du type scrofuleux, ou du moins d'un tempérament lymphatique bien accusé : lèvres très-épaisses, nez épaté, cheveux d'un blond roux, acné faciale, chairs mollasses, certaine indolence d'allures, etc.

Nulle part on ne trouve sur le corps de stigmates de scrofule ou de syphilis ancienne.

Ce qu'on aperçoit d'abord, la malade étant couchée sur

le lit à spéculum, c'est un groupe de production mamelonnées, fongueuses, qui entourent et cachent l'anus. Ces tumeurs constituent un bourrelet haut de 5 à 6 centimètres, et large de 1 à 2, recouvert d'une muqueuse d'un rouge sombre. En palpant ce bourrelet, on lui reconnaît une consistance moyenne, œdémateuse, bien différente de la dureté des néoplasmes carcinomateux ou épithéliaux. Quand on écarte fortement les fesses de manière à séparer les fungosités adossées, on découvre l'anus, et on voit que celui-ci, énormément élargi, présente l'aspect d'une vulve dont les lèvres seraient représentées par les appendices mollasses et déchiquetés qui s'élèvent de la marge de l'anus de chaque côté.

Les parois de l'infundibulum anal, aussi loin qu'on peut les apercevoir à l'aide d'un instrument dilatateur, sont ulcéreuses, irrégulières, jaunâtres et lardacées, mais elles n'offrent pas de caractères objectifs qu'on puisse qualifier de spécifiques. Elles sécrètent assez abondamment une matière sanio-purulente.

L'introduction du doigt fait sentir, aussi loin qu'on peut atteindre, des surfaces ulcérées et mamelonnées; mais les négalités que l'on perçoit ne présentent pas de dureté cancroïdale. On retrouve encore ici une consistance plutôt œdémateuse que véritablement dure.

Au côté de la vulve, nous trouvons les grandes lèvres un peu volumineuses et rosées. Quand on les sépare, on reconnaît à la commissure inférieure une large surface ulcérée se continuant dans le vagin. Cette ulcération est anfractueuse, irrégulière, à fond jaunâtre, mais sans facies spécial.

Sur la paroi latérale de l'entrée du vagin, à droite, est une plaie plus superficielle, à fond jaunâtre, paraissant être en voie de réparation.

A la partie supérieure de l'entrée du vagin, on ne

trouve plus le vestibule non plus que le méat uréthral *il n'y a plus d'urethre*, à sa place on voit une foule de petits mamelons rosés, arrondis, revêtus d'une muqueuse lisse et amincie; ces productions encombrent les deux tiers inférieurs du vagin et égarent le doigt lorsqu'on pratique le toucher.

L'exploration de ce qui subsiste encore de la paroi antérieure du vagin conduit à travers des fongosités agglomérées à une sorte d'entonnoir où s'engage le doigt dans la direction de la vessie ; l'extrémité du doigt est arrêtée par un orifice arrondi, large d'un centimètre, qui paraît être l'orifice vésical de l'urèthre. Le toucher dans cette région fait sourdre de l'urine en abondance ; de l'urine jaillit aussitôt lorsqu'on fait passer une sonde par cette ouverture dans la vessie.

Il existe dans les aines plusieurs petits ganglions, durs et indolents.

La peau voisine de la région malade est saine.

Les symptômes fonctionnels font presque complétement défaut. Il y a encore un peu de douleur à l'anus lorsque la malade va à la selle. Malgré le degré d'exulcération de l'anneau anal il n'y à jamais eu incontinence des matières fécales ou des gaz.

La malade perd continuellement de l'urine qui coule par terre goutte à goutte quand elle est debout. Sans cette infirmité, elle ne se plaindrait pas. Elle paraît pouvoir encore uriner à volonté de temps à autre.

Toutes les grandes fonctions s'accomplissent régulièrement. L'auscultation ne révèle rien d'anormal.

Inoculation avec le pus des ulcérations vulvaires.

Le 11 *mars. L'inoculation* pratiquée le 9 mars est *négative.*

Le 20 *mars*. Les ulcérations restent stationnaires.

Le 6 *avril*. Même état stationnaire.

Le 13 *avril*. Il s'est produit une très-légère amélioration dans l'état des surfaces ulcérées.

Le 4 *mai*. La malade s'aperçoit depuis 2 ou 3 jours d'une tuméfaction progressive des grandes lèvres. La gauche a été prise la première, puis la droite, à quelque jours d'intervalle.

Les *plaies* ont assez bon aspect; au rectum spécialement elles tendent à se réparer.

Le 15 *mai*. Les grandes lèvres ont chacune le volume d'une demi-orange ; elles sont arrondies, leur surface est lisse, rosée ; leur consistance est pâteuse et mollasse. Elles sont tout à fait indolentes.

Le 18 *mai*. Très-certainement les ulcérations ont diminué d'étendue. Les grandes lèvres sont toujours rosées et volumineuses.

Le 19 *mai*. *Sortie* malgré l'avis contraire du médecin.

La malade rentre le 30 mai.

Elle ne signale aucune modification dans son état depuis sa première entrée à Lourcine.

En renouvelant l'examen des parties malades, on trouve presque absolument le même état qu'à sa sortie.

La seule modification est une légère amélioration à l'égard de l'incontinence d'urine. Lorsqu'on introduit le doigt dans le vagin, vers la fistule vésico-vaginale, on sent manifestement une constriction circulaire au niveau de cet orifice, constriction qui est volontaire et s'oppose en partie à la sortie de l'urine.

Le 10 *juillet*. *Statu quo*.

Tel est aujourd'hui l'état de la malade. On constate une *légère amélioration* comparativement à son état lors de la première entrée à l'hôpital le 4 mars, amélioration consistant dans une légère diminution de l'étendue des surfaces ulcérées.

Les résultats des divers traitements essayés et aban-

donnés successivement ont été si peu encourageants que nous nous bornons à une mention sommaire des agents mis en œuvre.

On a épuisé toute la liste des modificateurs généraux et locaux; à l'intérieur : huile de foie de morue, iodure de potassium, iodure de fer, vin de quinquina ; à l'extérieur bains salés et sulfureux, douches, injections iodées, badigeonnage à la teinture d'iode, lotions avec la solution de nitrate d'argent etc. etc., Tout a été essayé en vain, sans qu'on ait pu faire changer d'aspect les parties malades.

Réflexions. — On voit en somme qu'il s'agissait dans ce cas d'une affection à la fois ulcérative et végétante de la région vulvo-anale.

Pour le diagnostic plusieurs suppositions se présentent et doivent être discutées.

Comme d'usage pour les lésions ulcéreuses de cette région, la première idée qui vient à l'esprit est celle d'un accident *vénérien,* soit chancre mou, soit accident syphilique, primitif ou constitutionnel.

Le *chancre simple*, avec ou sans phagédénisme, est rapidement mis hors de cause, vu le résultat négatif de l'inoculation, les commémoratifs, les caractères physiques de la lésion.

Le *chancre induré* de même doit être mis de côté par suite de commémoratifs contraires à cette supposition, d'absence d'adénopathie et de toute autre manifestation de syphilis, etc.

L'élimination de la syphilis constitutionnelle est moins facile; avant de l'entreprendre, demandons-nous si l'on pouvait soupçonner ici une affection carcinomateuse ou cancroïdale. Cette hypothèse n'est pas admissible évidemment, si l'on prend en considération la longue durée de l'affection, son état stationnaire, l'absence de toute douleur,

de toute dégénérescence ganglionnaire, de toute manifestation viscérale et de tout état cachectique.

Les seules suppositions paraissant acceptables étaient celle d'une *syphilide ulcéreuse*, acquise ou héréditaire, et celle d'un *lupus* ou esthiomène.

Les caractères objectifs de la lésion ne suffisaient peut-être pas à exclure l'idée d'une syphilide ulcéreuse. Mais ce qui était bien plus opposé à cette hypothèse, c'était d'une part l'absence de tout antécédent suspect et de toute manifestation actuelle de syphilis; c'était d'autre part surtout l'inefficacité absolue du traitement iodique, lequel, bien qu'administré à une haute dose, était resté sans la moindre influence sur la lésion.

Par exclusion donc nous étions conduits forcément au diagnostic d'une scrofulide ulcéreuse vulvaire, à forme de lupus ou d'esthiomène. Les caractères objectifs de la lésion cadraient assez bien avec cette idée, et s'accordaient parfaitement avec les descriptions qu'ont données de cette maladie MM. Bazin et Huguier, le premier dans ses *leçons sur la scrofule*, le second dans son mémoire sur *l'Esthiomène et dartre rongeante de la région vulvo-anale*.

Il est vrai que les antécédents de scrofule faisaient défaut dans ce cas. Mais cette malade présentait au plus haut degré, comme on l'a vu dans l'observation qui précède, le facies et les attributs extérieurs du type scrofuleux. C'est un point sur lequel sont tombés d'accord tous les médecins qui l'ont examinée dans le service. Et d'autre part n'est-il pas de notion commune que certaines manifestation graves de la scrofule se produisent parfois sans être précédés d'accidents de même ordre et constituent d'emblée les premières expressions appréciables de cette diathèse?

C'est donc à ce diagnostic de scrofulide ulcéreuse que s'est arrêté, avec raison, croyons-nous, M. Fournier dans le service duquel était placée cette malade.

Ajoutons, comme confirmation, que cette opinion a été pleinement partagée et confirmée par les divers médecins qui sont venus examiner cette intéressante malade, notamment par MM. Ricord, Péan, Siredey, Tarnier, etc.

BIBLIOGRAPHIE.

Des pigmentations cutanées dans la phthisie pulmonaire. — O. Jeannin. — Paris, 1869. V. Masson.

On sait les controverses auxquelles donna lieu la découverte d'Addison, sur les lésions des capsules surrénales, et la pigmentation qui en est la suite.

De nombreux travaux ont singulièrement affaibli cette entité morbide, et M. Jeannin, tout en éclairant la question obscure des pigmentations cutanées, vient de retrécir aussi le domaine du *bronzed Skin.*

Cette pigmentation dans la phthisie pulmonaire, sans être rare, a passé à peu près inaperçue. A part le cas de M. Luton, cité à la Société de biologie, on ne trouve dans les nombreux travaux au sujet de la phthisie, que des termes vagues, sans description précise, *chloasma tabescentium, teint terreux du visage*, etc., c'est tout depuis Arétée.

« Les discussions scientifiques, dit M. Jeannin, ont dé-« montré qu'il y a des tuberculeux dont la peau se pig-« mente, quoiqu'ils soient indemnes de l'asthénie surré-« nale. Il eût fallu se rendre compte du pigment dans ce « dernier cas, en rechercher la cause, faire appel à la cli-« nique, à la physiologie, à l'anatomie pathologique, pour « découvrir si ce symptôme, au premier abord insignifiant « en tant que pigment amassé sous l'épiderme, ne serait « pas le signe extérieur, le témoin de troubles fonctionnels « récélés dans les profondeurs de l'organisme. »

Voici autant de problèmes que l'auteur s'est appliqué à résoudre. Dans la partie clinique, il décrit le début, la marche des taches pigmentaires, tels que l'observation les présente au lit du malade. C'est par la face qu'il les a toujours

vu commencer, elles coïncident le plus souvent avec une période avancée de la maladie. D'abord *jaunâtres*, elles apparaissent sur le dos du nez et les faces latérales, avec une remarquable symétrie. Puis la teinte s'étend bientôt jusqu'aux pommettes, le front lui-même est envahi. De nouvelles taches s'ajoutent aux premières, se fondent avec elles et le masque est ainsi constitué. On a alors une coloration qui s'ajoutant à la cyanose, donne une teinte *brun cendré*, *terreuse*, que le lavage répété et les frictions les plus énergiques ne peuvent faire disparaître.

Au front, aux lèvres, aux paupières, le masque n'atteint jamais le point d'implantation des poils. La mélanodermie peut s'étendre aux mains ; une fois même, l'auteur a vu la peau envahie dans son entier, mais jamais les muqueuses ne présentent la coloration bleuâtre que l'on a donnée comme constante dans l'asthénie surrénale.

Cette pigmentation est facile à distinguer soit du lentigo, soit du hâle qui se rencontrent chez les sujets bien portants. En outre, le premier ne forme jamais une teinte continue, et le second disparaît avec la cause productrice.

Le diagnostic différentiel avec le masque des femmes enceintes présente une certaine difficulté : la teinte est la même, le même processus préside à l'accumulation du pigment. Mais outre que cette coloration spéciale se voit chez des femmes atteintes de troubles menstruels (aménorrhée, dysménorrhée), la marche n'est plus la même que chez les phthisiques. Le début se fait le plus souvent au front, le nez et les pommettes ne sont envahis que consécutivement. Le pigment s'accumule en traînées, en taches, et tout cela sans la moindre symétrie.

Lorsque la peau est colorée dans son entier, le diagnostic alors est des plus épineux. Sur quoi se baser pour rapporter la pigmentation à la phthisie ou à la maladie d'Addison ? On peut se guider alors sur la priorité des

accidents pulmonaires, la phthisie rapide sans hémorrhagie et l'absence de coloration des muqueuses.

Quant à la marche, elle est des plus irrégulières : quant à la fréquence, on peut dire que la mélanodermie n'est rien moins que rare chez les phthisiques. L'auteur donne une moyenne de un malade pigmenté sur six qui ne le sont pas.

Pour éclairer la pathogénie de cette lésion, M. Jeannin a été obligé d'observer pendant longtemps à l'hôpital de la Croix-Rousse et à l'Hôtel-Dieu une foule de tabescents pigmentés ou non. Il a soigneusement noté la marche du pouls, le degré de la température, la qualité des sueurs, des urines, l'état du tube digestif, des voies respiratoires, etc., et voici la coïncidence la plus frappante qu'il a remarquée : *Phthisie sans hémorrhagies, développement de pigmentations cutanées*, et réciproquement : *Phthisie avec hémorrhagies sérieuses, absence de pigmentations.*

Ainsi, il y a antagonisme entre l'accumulation pigmentaire et les accidents hémorrhagiques : rapport frappant avec les faits antérieurs de Rayer et les observations propres de l'auteur (*Gazette hebdom.*) sur la suppression où la modification des menstrues.

Quant aux sueurs, aux urines, à la menstruation, au pouls, à la température, rien de constant ni de sérieux n'a été observé. L'absence de diarrhée incoercible paraît prédisposer à la pigmentation.

Pendant la vie, il n'a pas été possible de distinguer au microscope une altération spéciale du sang, tandis que chez les autres phthisiques non colorés, mais ayant eu des hémorrhagies sérieuses, il semblait avoir un excès de globules blancs, en même temps que pâlissaient les globules rouges.

Voilà pour la partie clinique, voyons maintenant les désordres qu'a decélés l'autopsie. Dans tous les cas observés,

il y avait intégrité parfaite des capsules surrénales. Les lésions pulmonaires étaient très-avancées, et se rattachaient plus spécialement à la pneumonie caséeuse. En outre, les organes hématopoiétiques, rate, foie, ganglions lymphatiques, présentaient des altérations plus ou moins avancées, ce qui n'existait qu'à un degré moindre chez les phthisiques indemnes de pigmentations.

Les altérations de la peau ont été l'objet d'une étude toute spéciale. Disons tout d'abord qu'on n'a rien vu sous le microscope qui pût faire penser à un parasite quelconque; aussi la couche cornée de l'épiderme ne présente-t-elle aucune altération, elle est à peine brunâtre.

Dans les cas plus nombreux où la pigmentation est limitée à la face, les granulations noirâtres imprègnent le réseau de Malpighi où elles sont localisées, le derme en est dépourvu : c'est tout à fait l'analogue de la peau du nègre.

Lorsque la peau est entièrement colorée, M. Léon Tripier a vu les granulations envahir la couche papillaire du derme, les follicules et glandes sébacés former des taches isolées dans le derme et jusqu'à dans la couche aréolaire, autour et à l'intérieur des cellules graisseuses. Comme on le voit, la pigmentation se rapproche ici de certains caractères propres aux mélanoses.

Mais quel est l'origine de ce pigment ? Est-ce *l'activité métabolique des cellules*, comme le voudrait Virchow dans certains cas? L'auteur dit n'avoir aucune raison à donner pour ou contre.

Provient-il d'une *modification de l'hématine* telle qu'on l'admet pour le pigment normal (Béclard)? La localisation dans le réseau de Malpighi, les altérations de la rate concomittantes, l'absence d'hémorrhagies, l'analogie avec le masque des femmes enceintes tendraient à le faire croire.

Mais est-il possible de ne point l'attribuer, au moins dans certains cas, aux *changements d'état de la graisse*? Dans

le cas de pigmentation généralisée, M. Léon Tripier n'a pas vu trace d'altérations des vaisseaux, pas d'épanchements anciens ou récents, mais le pigment était accumulé dans les points où existaient les amas de graisse. Du reste, la mélanine des phthisiques a donné à M. Jeannin des réactions chimiques qui sont d'une entière discordance avec les résultats de M. Robin, à propos du pigment normal (Dictionnaire de médecine, article *Mélanine*).

Voici les faits, tels que les montrent et l'examen clinique et l'anatomie pathologique. Arrivé là, M. Jeannin fait une légère excursion dans le domaine de la théorie pure; il cite l'opinion de M. Brown-Séquard, adoptée par M. Martineau dans sa thèse inaugurale, opinion d'après laquelle la pigmentation dans la maladie d'Addison, serait le résultat d'une altération du lympathique abdominal; il rapproche ses résultats d'un cas remarquable de M. Féréol qu'il cite *in extenso*. Dans ce cas, la coloration bronzée de la peau, coïncidait avec une altération profonde des ganglions lymphatiques abdominaux, et avec des lésions graves de la rate, tandis qu'il y avait intégrité parfaite des capsules surrénales. L'auteur se demande si des faits de ce genre ne pourraient pas être considérés comme une contribution aux idées de M. Brown-Séquard. Il aurait pu insister davantage d'autant plus que des faits publiés récemment par M. Jules Parrot (*Gazette hebdom.* 1869, n° 8) semblent rattacher certaines colorations anormales de la peau à la grande classe des névroses.

En effet, M. Parrot cite plusieurs observations de masque chez des femmes complétement en dehors de l'état puerpéral et cette coloration des téguments coïncidant presque toujours avec des névralgies diverses, principalement de l'utérus et du tube digestif. On remarque le même phénomène dans les cas nombreux de chromidrose cutanée rapportés par M. Le Roy de Méricourt.

Telle est, en résumé, l'étude remarquable et vraiment originale de M. Jeannin. Sans se déclarer l'adversaire du *bronzed-skin*, loin de là, il a nettement séparé les cas de pigmentations se rattachant à une cachexie déterminée des cas se développant sous l'influence de l'asthénie surrénale.

Nul doute que des faits nouveaux ne viennent confirmer les observations de M. Jeannin.

B. Vinay.

REVUE DES JOURNAUX.

TRAITEMENT DE LA GALE.

Extrait du rapport triennal sur les affections cutanées traitées à l'hôpital de Milan par Angelo Dubini. Mille et soixante-cinq galeux ont été traités par ces moyens divers qui tous ont fait ressortir la supériorité du traitement par la pommade d'Helmerich.

Le storax a été expérimenté dans 36 cas à la dose de 100 grammes incorporés à 20 grammes d'huile d'olive. Son effet a été infidèle. Il y a eu six récidives et dans les cas les plus favorables, la mort des acares n'eut lieu qu'à la quatrième ou cinquième onction.

La térébenthine, à la dose de 100 grammes pour 50 d'huile d'olive, a été encore plus lente et moins sûre dans son action.

La nitro-benzine unie à six fois son poids de glycérine, n'a pu être employée longtemps à cause de l'odeur pénétrante et désagréable d'amandes amères qu'elle répandait. Les effets parasiticides sont analogues à ceux de la pommade d'Helmerich, et deux frictions suffisent pour amener la guérison complète.

Le goudron uni au savon vert et à l'alcool employé en frictions après un bain, nous a donné treize guérisons radicales et sans récidive ; mais cinq ou six onctions sont nécessaires.

(*Giornale del malattie veneree.*)

CANCROIDE PÉRIURÉTRAL DE LA FEMME, PROCÉDÉ OPÉRATOIRE, PAR GIOVANNI MELCHIORE.

Les observations rapportées par l'auteur sont au nombre de cinq, ce qui est beaucoup, si l'on songe à la rareté de cette affection. Le procédé opératoire a été le suivant: après introduction d'une sonde dans la vessie; incision semi-lunaire à concavité dirigée en bas; l'urètre est ainsi disséqué jusqu'aux limites du mal, la sonde est alors retirée et l'opération est achevée par un coup de ciseau qui coupe la portion disséquée et isolée de l'urètre perpendiculairement à sa direction. Il n'est résulté chez les malades aucune gêne fonctionnelle ni infirmité consécutive.

(*Annal. univ. de medicina et Gazetta medica de Torino.*)

DE LA CIRCONCISION AU POINT DE VUE HYGIÉNIQUE.

A l'occasion de trois faits malheureux, publiés par les journaux allemands, Prosper Sonsino attaque vivement la circoncision dans l'*Imparziale* de Florence. Deux des faits cités sont relatifs à une syphilis transmise par la circoncision; le troisième est celui d'un enfant qui eut une gangrène de la verge et un rétrécissement consécutif de l'urètre. Cette opération, lorsqu'elle est pratiquée, ne doit l'être que par un homme de l'art et pour des raisons chirurgicales. La circoncision, considérée comme prescription d'une religion, doit être condamnée au point de vue hygiénique et classée parmi les opérations dites de complaisance, justement reprouvées par les principes d'une saine chirurgie. D'un autre côté, Mantegazza, dans son cours d'anthropologie, professé à l'Institut de Florence, est également hostile à la circoncision; son origine, quoi qu'en disent ses

défenseurs, ne repose pas sur l'hygiène ; elle remonte aux Brahmes qui avaient pour but de séparer leur secte des autres au moyen d'une mutilation indélébile.

Les mahométans, sur cette question, sont en avance sur les juifs ; ils ont réduit la circoncision, que leur ordonne leur religion à une incision insignifiante alors que les Israélites ont conservé cet usage dans toute sa rigueur.

(*Imparziale de Firenze*, avril et mai.)

PROPHYLAXIE DE LA PELLAGRE, NOTE DU PROFESSEUR CÉSAR LUMBROSO.

Dans notre pays, où la pellagre est relativement rare, et où le plus souvent on ne peut attribuer son origine à l'usage du maïs altéré, les conclusions formulées par Lombroso n'ont pas une utilité pratique immédiate. Mais en Italie, où la pellagre est endémique, surtout dans quelques provinces, ces idées méritent de fixer sérieusement l'attention. En voici un court résumé :

Dire au cultivateur qui veut éviter ou guérir la pellagre qu'il doit se bien nourrir n'est le plus souvent qu'une cruelle ironie, car sa misère l'empêche de suivre ce conseil. Il faut donc recourir à quelque chose de plus pratique. Le maïs est, en somme, un aliment précieux, soit par la facilité de sa culture, soit parce que sous un poids donné il renferme une proportion de substance azotée qui n'est inférieure qu'à celle du haricot et dépasse celle de toutes nos céréales, y compris le froment.

Le but à atteindre est donc non de supprimer le maïs, mais de lui conserver toute sa qualité et d'empêcher son altération ; les moyens à employer sont :

1° Supprimer la culture du maïs quarantain qui ne peut

mûrir et qui, récolté en cet état à la saison des pluies, sèche incomplétement et s'altère. Créer, surtout dans les régions pluvieuses, des fours communaux destinés à la dessiccation du grain. Favoriser l'emploi de moyens mécaniques et rapides pour l'égrénage des épis et la prompte mise en sûreté de la récolte.

2° Changer complétement le système de magasinage. Le seul magasin qui soit actuellement convenablement installé est celui que les Autrichiens ont construit à Vérone. Un bon magasinage doit préserver les grains de l'humidité, de la fermentation, des rats, des charençons, des mites. Il importe que le grain soit préalablement desséché et purifié soit avec l'appareil de Devaux, soit avec celui de Valery. La conservation entière et parfaite du grain compenserait largement les quelques dépenses à faire. Les gouvernements feront bien d'obliger les municipalités chargées de veiller au bon état de dépôts importants à employer ces moyens perfectionnés. L'emploi de ces moyens devrait aussi être prescrit à bord des navires, car il ne faut pas oublier que l'épidémie de pellagre de 1854 a eu pour cause l'importation de grains avariés venant d'Odessa.

Dans les provinces où le climat est sec, la terre siliceuse ou rocailleuse, le système des silos peut être utilement employé.

3° Il convient de favoriser l'exclusion des applications industrielles du maïs à la fabrication de l'alcool ou de la bière, ou à l'alimentation des animaux ; de faire connaître certaines confections alimentaires proposées avec le maïs et fort goûtées des Américains. Les récentes applications du maïs altéré à la cure des affections cutanées peuvent, si elles se répandent, détourner les populations d'user d'un aliment qu'elles savent être employé comme remède; c'est ce qui est arrivé pour le seigle ergoté.

4° Il est nécessaire de comprendre le maïs altéré et moisi

dans la catégorie des substances nuisibles, dont la vente est défendue ou réglementée.

5° Il est utile d'établir des boulangeries coopératives économiques. « Si on emploie du grain légèrement altéré » une ébullition préalable dans l'eau de chaux, puis la dessiccation en rendront l'usage à peu près inoffensif. Diverses mesures, telles que l'émigration, l'extension de l'existence à domicile, la diffusion des idées d'hygiène sont encore énumérées par l'auteur qui voudrait voir la pellagre disparaître comme la lèpre a disparu devant les progrès de l'hygiène. Tout l'article est écrit avec une émotion sincère et en un style chaud et coloré qui inspirent la plus grande estime pour le savant et la plus profonde sympathie pour l'homme.

(*Gazette médicale Lombarde.*)

Dr Aubert.

D'une forme particulière de néo-formation du nez (*Rinoscleron*), par le professeur Hebra, *avec examen histologique*, par le docteur Moritz Kohn.

Le professeur Hebra n'a encore eu l'occasion d'observer cette maladie que chez neuf personnes (4 hommes et 5 femmes). Si l'on veut s'en faire une idée exacte il faut, dit-il, se représenter une sclérose syphilitique du prépuce, *in optima forma*; puis, par l'imagination, la transporter sur les tissus externes du nez, dans un cas même aux ailes du nez et dans un autre au rebord nasal ; aux muqueuses qui tapissent les fosses nasales; ou enfin sur la peau des parties adjacentes telles que la lèvre supérieure, les joues et le front. Dans sept cas, l'affection était limitée au nez et à la lèvre supérieure, dans deux autres, elle existait simultanément sur le nez, la joue et le front. Elle formait là

une tuméfaction aplatie, s'élevant de 1 ligne 1/2 au-dessus du niveau de la peau, à bords nettement tranchés. La coloration de cette tumeur variait de la couleur normale de la peau à une teinte rouge brun foncée. La surface des parties malades était toujours unie, rarement luisante. Le symptôme objectif le plus remarquable consistait en une induration complète extraordinaire des points affectés, qui donnait une sensation presque identique à celle de l'ivoire. En outre, les malades n'éprouvaient qu'une très-légère douleur, et en général seulement lorsque la formation nouvelle était localisée à la face interne du nez et lorsqu'on comprimait ses proéminences.

La marche en fut toujours très-lente et ce n'est qu'après plusieurs années que l'affection avait atteint des proportions obligeant le malade à réclamer les conseils d'un médecin. La première fois que je vis un cas de cette nature, je pensais avoir affaire à une syphilide tuberculeuse circonscrite présentant une dureté exceptionnelle. En même temps que je donnais des soins à ce malade, il entra dans mon service à l'hôpital une autre personne présentant le même tubercule dur et qui avait en même temps une angine spécifique ulcérative, ce qui contribua à me confirmer dans cette opinion que cette maladie était de nature syphilitique. Je prescrivis, en conséquence, dans ces deux cas un traitement spécifique; sous son influence les ulcérations laryngiennes du second malade se cicatrisèrent mais l'induration nasale resta stationnaire.

L'auteur décrit ensuite les autres cas qu'il a observés et qui tous ont présenté les phénomènes caractéristiques que je viens de rapporter, phénomènes communs à tous ces sujets et qu'il résume de la manière suivante :

1° Siége constant au nez et quelquefois aussi dans son voisinage immédiat ;

2° Induration extraordinaire des parties affectées ;

3° Développement excessivement prononcé de la lésion pathologique, qui se manifeste, soit sous forme de tubercules ou de saillies brun rouge foncé soit d'induration du tissu normal ;

4° Délimitation tranchée de ces indurations, et absence d'un œdème quelconque ou d'une inflammation dans les parties adjacentes ;

5° Absence de toute métamorphose visible de la formation nouvelle, ni dégénérescence, ni ulcération, ni ramollissement, ni résorption ;

6° Inefficacité de tous les traitements internes, même aidés des agents les plus énergiques ;

7° Innocuité constante de l'organisme, même lorsque la maladie remontait à plusieurs années ;

8° Enfin, insensibilité et absence de douleur lorsqu'on ne touche pas la partie malade ; douleur vive, au contraire, si l'on presse les tubercules rouge foncé.

Dans un cas où il fut possible d'enlever un de ces petits tubercules, mon assistant, le docteur Moriz Kohn l'examina avec soin au microscope ; il trouva l'épiderme et la couche du réseau de Malpighi ayant leur aspect normal. Entre les éléments de cette dernière notamment, il n'y avait rien d'anormal.

Les papilles étaient un peu plus longues que de coutume, coniques ou arrondies ; leur charpente celluleuse de tissu conjonctif considérablement diminuée à la périphérie ; le tissu conjonctif du corps même des papilles apparaissait comme un réseau de fibres très-déliées délimitant des espaces relativement étroits ; leurs vaisseaux sanguins étaient rares et minces. Le tissu conjonctif du stratum vasculaire n'apparaissait que comme un réseau très-délié étroit et composé de fibres grêles et pâles. Ce réseau de la couche vasculaire et des papilles était composé de petites cellules, pressées les unes contre les autres, et cette infil-

tration de cellules s'étendait par places profondément jusque dans le chorion, elle ne se faisait d'une façon régulière que dans le stratum vasculaire et dans les papilles, ces dernières en étaient comme farcies. Les cellules étaient plus petites, principalement dans le protoplasma, que ne le sont ordinairement les cellules de granulation, que l'on rencontre dans les tissus qui sont le siége d'une inflammation aiguë ou chronique et dans les points où se développe un tissu conjonctif nouveau. Les nucléoles des cellules étaient petites, ayant un pouvoir réfringent peu marqué, finement granulées.

Les cellules semblaient simplement accumulées entre les travées déliées du tissu conjonctif composant les papilles et les couches supérieures du chorion, et par l'agitation elles se déplaçaient facilement.

Les couches plus profondes du chorion montraient un tissu conjonctif, dont la substance intercellulaire était plus abondante, bien qu'on y trouvât encore des éléments identiques à ceux décrits plus haut. La couche de cellules graisseuses était normale. On trouvait seulement de rares cellules dans les mailles de tissu conjonctif et notamment au voisinage des vaisseaux.

On n'apercevait plus ni glandes sébacées ni glandes sudoripares dans les parties examinées. Les bulbes pilifères, les gaînes externes et internes de la racine du poil étaient complétement libres de tous éléments étrangers, tandis que les papilles adjacentes aux follicules pileux étaient entièrement remplies des cellules que je viens de décrire.

Cet état scléreux de la peau est donc une infiltration celluleuse des couches supérieures du chorion et de tout le corps papillaire. La structure normale des tissus affectés a été ainsi profondément modifiée par les éléments de nouvelle formation, à ce point que le tissu conjonctif des papilles et celui de la couche supérieure du chorion est

fortement séparé et rejeté, et ses éléments rajeunis.

Les cellules de la formation nouvelle ne présentaient nulle part cet aspect pâle, poussiéreux (finement granuleux), à noyaux indistincts et à contours indécis qu'offrent les cellules dans la syphilis et le lupus; mais elles paraissaient conservées avec des bords bien accusés et des noyaux très-nets se colorant facilement par le carmin.

D'après ces données histologiques qui permettent de se rendre compte dans une certaine mesure des faits cliniques, quant au caractère et à la marche de cette néo-formation, on peut rapprocher histologiquement le rinoscleron du gliosarcome ou sarcome de granulation. (Virchow, Billroth.)

Tous les traitements mis en usage sont restés sans succès. Dans deux cas où des tubercules obstruant la cavité ont été détruits par la potasse caustique, je dois faire observer qu'il n'est survenu en ces points aucune régénération, comme on l'observe par exemple dans l'épithelioma, et que la production pathologique voisine n'était disposée, par cette influence occasionnelle, ni à subir une métamorphose régressive ni à prendre un développement plus rapide. (*Wiener medezinische Wochenschrift*, janv. 1870.)

Observation de kératite compliquée d'iritis spécifique, traitée par les injections sous-cutanées de calomel, par le docteur Julio Flarer de Pavie. (*Giornale italiano delle malattie veneree et delle malattie della pelle ; n°* 187 d'avril 1870.)

Il s'agit d'une malade de la campagne, âgée de 25 ans, qui vint, le 19 juin 1869, dans l'Institut ophthalmique pour une kératite compliquée d'iritis de l'œil droit. A ce moment, l'affection oculaire datait d'une quinzaine de jours. L'examen de l'œil fit découvrir une légère congestion à la partie externe du segment inférieur de la cornée.

Tout autour de la cornée existait un anneau vasculaire

d'un rouge vif, s'étendant sur certains points jusqu'à la sclérotique. L'iris décoloré avait une teinte gris-verdâtre ; la pupille était contractée et assez peu mobile. Dans le voisinage du petit cercle de l'iris, à la partie inférieure se voyait une petite élévation (abcès ou condylôme) et le rebord pupillaire présentait une quantité de dentelures par suite de l'existence d'une synéchie postérieure. La vision était notablement diminuée. Sur la peau existait de très-nombreuses macules et papules rouge cuivrées. En raison de cela, on porta le diagnostic de kérato-iritis avec synéchie postérieure.

Le traitement fut commencé immédiatement par des instillations d'atropine et une injection hypodermique avec 0,20 centigrammes de calomel d'abord au bras droit, injection que dix jours après on répéta de la même manière au bras gauche, d'après la méthode du professeur Scarenzio.

Dans les points injectés survinrent des symptômes inflammatoires ; un abcès se manifesta à chaque bras, abcès que l'on ouvrit le huitième jour et d'où sortit un fragment de tissu cellulaire mortifié.

Une amélioration très-prononcée se manifesta dès les premiers jours de la médication ; amélioration qui se traduisit par la rupture de toutes les adhérences par suite des instillations d'atropine ; mais spécialement sous l'influence de l'action efficace du calomel, de telle sorte que la malade put sortir le 12 juillet suivant, parfaitement guérie.

Il faut noter qu'en même temps que disparurent les phénomènes de l'iritis la syphilide cutanée céda complétement.

Ce qui nous paraît surtout devoir être pris en considération dans ce fait instructif, ce sont les deux abcès, avec perte de substance, survenus sous l'influence irritante des

injections de colomel. S'il devait en être toujours ainsi, nous redouterions fort que ce ne fût là un obstacle sérieux à la vulgarisation de cette méthode. Nous en dirons autant des douleurs qui suivent si souvent ces injections *loco dolenti*. Nous croyons toutefois que dans ce cas particulier, il eût été préférable, en vue de l'accident en perspective, de répartir les injections sur un espace moins circonscrit que les deux bras, et qu'en les disséminant dans le dos on peut en général éviter ces accidents locaux que nous avions considérés au début comme un inconvénient sérieux et fréquent de ce procédé thérapeutique, procédé appelé d'ailleurs à prendre rang parmi les moyens que l'on peut opposer à la syphilis constitutionnelle et à rendre de très-réels services dans des cas déterminés. Du reste la question est partout à l'ordre du jour et les lecteurs des ANNALES peuvent mieux que personne apprécier la valeur et l'importance des études et des recherches qui se font sur cette question.

Des sources de la contagion dans la syphilis vaccinale, par le docteur SIMONET, médecin de l'hôpital du Midi.

De par l'Académie, dit M. Simonet, la syphilis vaccinale est admise à l'honneur de figurer dans le cadre nosologique. Les réserves exprimées par M. J. Guérin doivent céder devant le grand nombre de faits observés, et la bénignité de la syphilis vaccinale s'explique par le jeune âge des victimes. Il est surabondamment démontré aujourd'hui que la syphilis infantile acquise est habituellement bénigne. On peut émettre comme une loi générale ce fait : que *la gravité de la syphilis est en raison inverse de l'intensité de la vie plastique*.

La syphilis vaccinale nous donne en même temps l'ex-

plication de certaines observations légendaires de syphilis congénitale, et des accidents survenus chez les enfants et transmis aux nourrices sans que l'influence congénitale puisse être mise en cause.

La syphilis par la vaccination peut provenir de trois sources : 1° du vaccinateur, 2° du vaccinifère, 3° des vaccinés.

1° *Du vaccinateur.* Par un instrument malpropre, ou par la salive de l'opérateur, obligé de délayer du vaccin desséché, dans le cas où il serait atteint de syphilides buccales ulcérées. Ce mode d'infection doit être bien exceptionnel.

2° *Du vaccinifère.* C'est sur cette origine que se sont jusqu'ici concentrées les recherches. C'est au sang, dit M. Viennois, et non au liquide vaccinal qu'il faut rapporter la contagion. M. Simonet trouve l'opinion de ce syphiligraphe trop exclusive, et croit que c'est surtout avec la lymphe que chemine le virus syphilitique ; ce qui expliquerait comment il n'existe que trois produits de l'économie qui lui servent de véhicule et transmettent la contagion : *la lymphe, le sang et le pus*, qui tous trois ont un élément commun, le *leucocyte.*

Dans la plupart des épidémies de syphilis vaccinale, non-seulement le vaccin est incriminé, et nous ne le défendons pas, ajoute le médecin de l'hôpital du Midi, mais le premier enfant inoculé avec le vaccin suspect devient à son tour vaccinifère, et vaccinifère susceptible de transmettre la syphilis. A l'occasion de ces syphilis vaccinales de seconde main, M. Simonet pose un point d'interrogation digne d'attirer l'attention des observateurs. L'incubation du chancre syphilitique peut varier de 10 à 50 jours, 25 jours en moyenne depuis les recherches de M. Rollet. Or si l'on admet l'infection de seconde main, on arrive à cette conclusion étrange et digne d'attention : un enfant vacciné avec un fluide vaccinal contaminé pourrait trans-

mettre, au 7e jour (époque choisie habituellement pour cueillir le vaccin), une syphilis dont il n'a encore aucun signe apparent. Il paraît très-problématique à l'auteur qu'une maladie contagieuse soit transmissible pendant l'incubation.

Il ignore s'il existe des faits positifs et ne connaît pour sa part que des observations négatives.

3° *Des vaccinés.* Depuis l'inoculation positive de Pelizarri, pratiquée avec le sang extrait de la veine d'une syphilitique, on est moins porté à l'étonnement en face de cette proposition de M. Simonet. On comprend en effet que la lancette, en pénétrant dans les tissus du vacciné, se charge de sang ou de lymphe qu'elle rapporte avec elle sur la pustule ouverte, si bien qu'il s'établit entre le vaccinifère et le vacciné un échange de la lymphe, celle du premier servant de véhicule au vaccin, l'autre pouvant servir au transport de toute autre chose, et en particulier de la syphilis. D'où cette conclusion rigoureusement et expérimentalement vraie, que le *vaccinifère peut être infecté par la vaccine.*

Si maintenant on veut bien réfléchir qu'un seul vaccinifère peut fournir du vaccin à 10 ou 15 enfants, on comprendra facilement combien sont grandes pour lui les chances de contagion, puisqu'il suffira que parmi ces 10 ou 15 enfants, un seul soit syphilitique, pour que le malheureux vaccinifère soit infecté par l'échange des liquides organiques.

Si, au lieu du vaccinifère vasé, selon l'expression heureuse de Ricord, on emploie des plaques de verre comme véhicule du vaccin, le même manuel opératoire pourra produire les mêmes résultats, puisque au lieu de ramener incessamment la lancette du vacciné au vaccinifère, comme précédemment, c'est du vacciné à la plaque de verre que se feront le transport et l'échange des liquides virulents.

La vaccine animale ne met pas à l'abri de ce mode de contagion, et M. Simonet cite l'observation d'une jeune femme à laquelle on a ainsi inoculé la syphilis.

Pour éviter la contamination du vaccinifère par le vacciné et des vaccinés entre eux, le moyen préservatif conseillé par M. Simonet est très-simple. Il suffit d'employer, pour chaque piqûre, un instrument qui ne serve qu'une fois. J'emploie, dit-il, depuis nombre d'années, à l'hôpital du Midi, pour mes inoculations, des épingles en fer à tête d'émail qui ne servent qu'une fois et pourraient être utilement et heureusement substituées à la lancette. Ces épingles ne coûtent que 1 fr. 80 la grosse, soit 15 centimes la douzaine. (*Gaz. des hôpitaux*, 15 décembre 1869.)

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE.

Les diverses méthodes sucessivements préconisées contre cette affection sont nombreuses; trop nombreuses même pourrait-on dire, car c'est là un fâcheux indice : c'est une preuve que l'antidote, le remède facile et sûr est encore à trouver. Le trouvera-t-on jamais ce *rara avis* de la médication antigonorrhéique? Nous ne le pensons pas, du moins dans le sens que quelques théoriciens peuvent rêver. La raison, du reste, est facile à en donner. Plus que toutes autres affections la blennorrhagie se présente sous une telle multiplicité d'aspects que ce n'est qu'en opposant avec le plus grand soin un traitement varié et gradué suivant les indications individuelles que l'on peut atteindre d'une manière durable le résultat désiré.

Mais si, en dehors des agents efficaces que l'on connaît depuis un certain temps déjà, l'expérience n'a rien révélé de nouveau dans la thérapeutique de l'écoulement urétral, les médecins ont cherché à perfectionner, c'est-à-dire à rendre et plus énergique dans leur mode d'action et d'un emploi moins désagréable ceux que la science possède.

Dans le *Bulletin thérapheutique*, M. Demarquay, chirurgien de la maison municipale de santé, a expérimenté avec beaucoup de succès l'extrait hydralcoolique éthéré de cubèbe, dont le docteur Constantin Paul avait déjà précédemment vanté l'efficacité. M. Demarquay a toujours trouvé, dit-il, ce médicament très-constant dans ses effets. Il conseille de l'administrer à la fin de la période aiguë de l'affection, à la dose de quatre à huit capsules par jour, ce qui représente 30 à 60 grammes de cubèbe brut.

En un mot, selon cet auteur l'extrait hydralcoolique

éthéré de cubèbe, que l'on peut renfermer dans des capsules, présente les avantages suivants :

1° De guérir rapidement la blennorrhagie, sans injection ni autre médication adjuvante ;

2° De ne déterminer aucune irritation stomacale ;

3° De ne produire aucun dérangement d'entrailles ;

4° De faire prendre, sous un petit volume, et sans la moindre répugnance pour les malades, des doses considérables de médicament.

Ajoutons que, en praticien vraiment digne de ce nom, M. Demarquay recommande de réserver ce remède pour l'époque où la blennorrhagie a perdu tout caractère d'acuité. Nous reconnaissons là l'homme expérimenté, qu'entoure et justifie la confiance dévouée de ses malades, à l'hôpital comme en ville. Et ce n'est pas à présent que se renouvelleraient, dans son service, les scènes que nous vîmes s'y passer journellement à une autre époque où chaque malade, acceptant en apparence les prescriptions du médecin d'alors savait fort bien où s'en procurer de meilleures, et n'exécutait en réalité que les ordonnances, n'avait sur la tablette de son lit que les remèdes délivrés par Ricord.

Si l'on a essayé bien des fois de pallier la saveur désagréable du cubèbe, bien plus souvent encore le copahu a-t-il attiré l'attention des médecins et des pharmaciens pour dissimuler le mauvais goût de cet agent si précieux dans le traitement de la blennorrhagie. Dans un des derniers numéros du *Sud médical* M. Roussin indique le sucre comme correctif du baume de copahu.

Qu'il nous permette de le dire, toutefois. Si le sucre, qu'on employait déjà vulgairement autrefois dans l'espérance de neutraliser la saveur âcre et nauséeuse du copahu, agissait aussi bien que le pense l'auteur, nous ne compre-

nons guère pourquoi il aromatise à si haute dose l'émulsion sucrée qu'il conseille et dont voici la formule :

Baume de copahu..................	30	grammes
Sucre pulvérisé..................	15	»
Gomme arabique pulvérisée........	5	»
Eau de fleurs d'oranger...............	50	»
— distillée..........................	50	»
Teinture de vanille.	30	gouttes

« Cette potion, « dit l'auteur », trompe aussi bien le goût que l'odorat, à un tel point qu'un malade en prit pendant deux jours sans éprouver la moindre fatigue, ni le moindre inconvénient qui lui révélât la présence du baume de copahu dont il redoutait l'usage, et qu'il ne put en prendre le troisième jour, par pure répugnance, lorsqu'on lui eut assuré que le copahu faisait véritablement la base de la potion. »

Nous avouons que nous sommes loin d'être convaincus, car tout le monde sait que la potion de Chopart est acceptée assez volontiers par les malades pendant les deux premiers jours. Tous, ils vous disent : « Si ce n'est que çà, j'en prendrai tant que vous voudrez. » Mais hélas! après quatre ou cinq jours on les voit revenir avec des dispositions bien différentes.

M. le docteur Castex, médecin-major de 1re classe, dans le numéro d'avril du *Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, recommande dans le traitement de l'uréthrite aiguë, comme adjuvant important du traitement habituel, les injections d'eau fraîche, dans le but de prévenir le séjour du pus dans le canal. « Nous conseillons, dit-il, à nos malades d'en faire le plus grand nombre possible; nous arrivons à obtenir d'eux une moyenne de trente injections par jour. »

En y comprenant les trois ou quatre injections de sous-nitrate de bismuth que l'auteur emploie chaque jour pen-

dant toute la durée du traitement, cela représente, à bon compte, près de trois injections par heure (le malade n'étant sans doute pas condamné à se priver de sommeil pour continuer son hydro-nitro-thérapie). Le procédé nous paraît assez assujettissant, et nous croyons que peu de malades s'y astreindront. Du reste, ce n'est pas la première fois qu'on a préconisé cette méthode, et elle n'a pas donné, à notre connaissance du moins, des résultats assez satisfaisants pour compenser les ennuis qu'elle entraîne. Le docteur Castex lui attribue en grande partie la réduction dans la moyenne des journées de traitement à l'hôpital militaire, réduction qu'il a constatée sur un nombre considérable de malades.

Outre ces trois mémoires que nous venons d'analyser, nous signalerons encore à nos lecteurs un article que le docteur Campbell Black vient de publier dans le numéro du 23 avril du *British médical* sur certains points de la pathologie et du traitement de la gonorrhée, article qui est un résumé très-exact et très-bien fait, quoique sans idées absolument originales, sur tout ce qu'on sait de cette affection.

SUR

UN ÉTAT MORBIDE DES POILS

DE L'AISSELLE,

probablement de nature parasitaïre, par F. V. Paxton, médecin de l'hôpital de Chichester.

L'auteur rapporte qu'il a observé un certain nombre de cas d'altération des poils axilliaires due à la présence d'un parasite végétal qui ne paraît pas avoir été décrit jusqu'à ce jour. Cet état morbide n'est cependant pas très-rare, quoiqu'il puisse être facilement méconnu si on ne le recherche pas avec soin, car il ne détermine ni inconvénient ni irritations et ne s'accompagne pas d'aucune maladie des parties environnantes. Dans tous les cas qui ont été observés on n'a jamais constaté la présence de pediculi.

Les poils malades sont d'une coloration plus claire que ceux qui restent à l'état normal, ils sont épaissis et noueux, et ont un aspect terne, gélatineux. Cette difformité commence ordinairement à quelques lignes au-dessus du bulbe, et s'étend sur toute la longueur du poil ; dans quelques cas il n'y a qu'une partie d'atteinte on peut même ne voir que quelques nodosítés isolées. La tuméfaction tient principalement à des amas de matière étrangère attachés au poil sur une étendue plus ou moins grande de sa périphérie, mais ne l'entourant pas en général complétement. L'adhérence est si intime qu'il est facile de pratiquer une section transversale sans les détacher. Le centre de la section n'offre rien d'anormal, mais à la périphérie la structure du poil paraît être éraillée, des fibres

traversant les masses de matière étrangère qui, en ce point, le recouvre des deux côtés. Ces masses sont granuleuses, avec une apparence peu nette, avec des striations divergeant en dehors.

Si on veut étudier la surface du poil et le rapport qui existe entre lui et les amas de matière étrangère, il est nécessaire d'avoir recours à une préparation pour les rendre suffisamment transparents. Le meilleur mode de préparation m'a paru être le suivant. On fait bouillir d'abord le poil dans une forte solution d'ammoniaque ; alors après l'avoir fait sécher avec soin, on le chauffe successivement dans une solution d'éther et de chloroforme, dans le but de dissoudre toutes les matières graisseuses. Après qu'on l'a de nouveau séché on le met sur un morceau de verre dans une goutte de glycérine anglaise et on le chauffe. Sur un fragment de poil ainsi préparé, les écailles imbriquées qui constituent son écorce à l'état normal manquent; les fibres les plus superficielles de la tige sont brisées, comme si elles avaient été repoussées par une force centrifuge et plongées au sein de la matière étrangère. Dans certains cas le processus de désagrégation s'étend beaucoup plus loin ; en effet, le plus grand nombre des poils malades sont cassés près de leur point d'émergence. La cassure dans ces cas est inégale et semblable à une brosse. Dans d'autres cas la tige est fendue et les fragments sont seulement maintenus ensemble, comme par un cercle. On remarque le même aspect granuleux sur la surface et la structure rayonnée, peu prononcée intérieurement, que nous avons observée dans la coupe transversale, mais on ne voit rien que l'on puisse comparer à des spores. Sur les spécimens qui n'ont pas été chauffés avec l'éther on trouve de petits corps arrondis qui ont une grande analogie avec eux ; mais comme ils disparaissent dans le cours de la préparation, on doit sup-

poser que ce sont simplement des globules graisseux. Lorsqu'on examine un de ces poils dans une goutte d'eau on voit, au bout de très-peu de temps, de petites particules qui se désagrégent une fois libres, et exécutent des mouvements rapides. Si on les traite avec une solution d'iode, la matière étrangère prend une teinte beaucoup plus foncée que le poil; mais si on ajoute de l'acide sulfurique, il n'y a pas la réaction de la cellulose. Si on chauffe un poil malade dans une solution de soude au point de le détruire, les concrétions persistent, et on peut les observer encore conservant leur forme extérieure, et montrant à peine une structure granuleuse après que le poil a complétement disparu. Elles sont, toutefois, bien plus altérées par des solutions d'alcalis caustiques que les tubes du favus, qui semblent être inattaquables par ces agents. Je n'ai pas encore réussi à faire germer ce parasite. Quand on le met sur une plaque de verre dans une solution fortement sucrée, le nombre des petites particules qui se meuvent s'accroît beaucoup, mais elles ne subissent pas de développement ultérieur. Si on met les racines de ces poils sur un sable humide en les gardant sous une cloche de verre, on les voit bientôt se recouvrir de touffes de petites moissures blanches, dont les spores et le mycelium augmentent au point d'empêcher la croissance propre du parasite. Dans un cas on vit survenir en même temps quelques gros filaments jaunâtres, mais ils n'étaient pas suffisamment distincts pour permettre une conclusion positive sur leur origine. Malgré mon insuccès sous ce rapport, je pense qu'il ne peut y avoir aucun doute sur l'origine parasitaire de cette maladie. L'altération existant à la racine du poil est précisément celle qui serait produite par une croissance survenant juste en dessous de la surface et surgissant au dehors par suite de son accroissement de volume. La ressemblance à cet égard avec la croissance des fungi épi-

phyleux est trop prononcée pour passer inaperçue. La stucture spéciale, granuleuse à la surface, vaguement striée à l'intérieur, a beaucoup d'analogie avec celle des parties les plus denses de quelques champignons. Elle diffère, toutefois, notablement de la plupart des champignons qui ont été décrits jusqu'à présent comme attaquant les poils et la peau. Ce parasite se rapproche le plus de celui décrit, par le docteur Tilbury Fox, dans le *Journal of cutaneous médicine* n° de juillet 1867 ; et en effet la ressemblance est si grande sous certains rapports qu'on peut supposer que ce sont des formes différentes de la même espèce modifiées par la diversité de siége. Je n'ai pas eu l'occasion d'examiner le parasite occasionné par ce qu'on appelle les gregarines ; mais, d'après la description de Tilbury Fox, ils paraissent différer par les caractères suivants : l'achorion Beigelii semble consister en une masse sclériotide, dont on peut distinguer nettement la structure celluleuse à l'aide d'un grossissement de 200 diamètres. Il a son origine dans les couches extérieures du poil, mais non les plus foncées ; en conséquence la tige du poil reste saine et ne se déchire dans aucun cas. Il paraît également limité à des points isolés sur le poil, formant de petites nodosités. La masse présente à la surface un nombre considérable de corps semblables à des spores qui sont susceptibles de germiner. Le parasite affectant les poils axillaires consiste sans doute aussi en masses sclérotisées, mais leur texture est plus fine, de sorte qu'il est impossible de distinguer nettement les cellules avec un grossissement de 500 diamètres. Il se développe également dans les couches les plus profondes du poil, et détermine alors de plus grandes altérations dans sa structure. Il n'existe pas de corps semblables à des spores ; du moins ils sont très-rares, et la masse ne subit pas facilement de développement ultérieur. Il n'est pas

impossible que ces différences tiennent à la diversité de siége, et ce sont certainement celles que l'on doit s'attendre à trouver entre une plante occupant une place aussi découverte que le cuir chevelu et celle qui se trouve dans la chaude et humide région axillaire. Quoi qu'il en soit et quelles que soient les affinités botaniques de ce parasite, il serait chimérique de faire des hypothèses jusqu'à ce qu'on ait pu le faire germer et le faire fructifier d'une manière satisfaisante.

J'ai rencontré un cas dans lequel le poil était recouvert, du bulbe en haut, d'une membrane se continuant au-dessous avec la matière cuticulaire blanche si souvent retirée, en ôtant un poil, et au-dessus devenant de plus en plus d'un tissu granuleux et transformant les concrétions de matière étrangère. Cela ferait supposer que l'état que j'ai décrit est simplement une exagération de celui dans lequel des portions du revêtement du follicule pileux sont tirées en haut sur le poil.

Cette hypothèse ne serait pourtant pas compatible avec la consistance montrée par ces concrétions lorsqu'elles sont exposées à l'action des alcalis caustiques, et ne se trouverait pas non plus en rapport avec l'état de cassure que l'on retrouve dans les parties les plus profondes du poil, notamment l'enveloppe qui a pour but de protéger la surface du poil du frottement constant, qui est, comme l'a observé M. Er. Wilson, fréquemment la cause d'une rudesse spéciale et de l'absence d'épiderme dans le poil de cette région. Il n'est pas impossible que la présence de mycelium végétant dans l'intérieur du follicule pileux ne puisse produire une croissance anormale de l'épiderme, et que le mycelium imparfaitement formé ne soit capable de se développer ultérieurement et de déterminer la rupture des fibres de la tige du poil sous cette enveloppe. (*Journal of cutaneous medicine*, etc. N° de juillet 1869.)

Hennig, de la syphilis congéniale et de l'allantoïde. *Jahrb. F. Kinderheilkunde.* 1869, II, 4. p. 423-430, (extr. du *Centralblatt für die medeicinischen Vissenchaften,* 1870, n° 6.

Une femme fut infectée dès le début de son mariage par son mari syphilitique ; une grossesse suivit immédiatement, au cinquième mois elle avorta. Un an après, nouvelle grossesse, réapparition des accidents syphilitiques ; traitement antisyphilitique, terminaison normale de la grossesse. L'enfant ne vécut qu'une demi-heure ; il était maigre et présentait des taches rouges élevées sur les joues ; la peau de la paume des mains, des jambes et de la plante des pieds rouge et élevée. Le placenta était peu volumineux, les membranes de l'œuf étaient détachées dans un quart de leur étendue et opaques. On examina au microscope un fragment de la partie détachée de l'allantoïde. L'épithélium était celluleux, irrégulier ; de nombreuses cellules renfermaient un noyau distinct et d'une grosseur ordinaire. Dans la substance fondamentale presque transparente comme du verre se trouvait, disposées en lignes allongées, des noyaux petits, disséminés, réfractant fortement la lumière, la plupart triangulaires, quelques-uns quadrangulaires, de forme allongée et possédant pour la plupart un corps à noyau simple, arrondi, à angle obtus ou allongé fortement contourné. Ces noyaux, qui diffèrent essentiellement de ceux beaucoup plus volumineux, la plupart mats ou ombragés sur les bords, bien plus rares, que l'on trouve dans l'allantoïde à l'état sain, ces noyaux, dis-je, ressemblent à ceux d'un néoplasme syphilitique. Aussi s'appuyant sur ces considérations l'auteur considère-t-il cet état comme un exemple de syphilis des membranes de l'œuf.

Les recherches de Virchow sur les lésions syphilitiques du placenta l'ont conduit, depuis longtemps, à rapporter les altérations ci-dessus décrites par le docteur Hennig comme consécutives à un processus catarrhal du côté de la face interne de l'utérus. (Endometritis déciduée).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Archiv für dermatologie und syphilis, par Auspitz et Pick, 1870, n° 3.

Sur la question de la résorption du mercure, par Rindfleisch.

Observations cliniques sur la syphilis viscérale, par Alrik Ljunggrén.

Exanthème prodromique de la variole, par Simon.

Sur la signification pathogénétique des plus petits organismes dans les maladies infectieuses, par Vogl.

Étude sur la syphilis cérébrale, par Gay.

Giornale italiano delle malattie veneree et delle malattie della pelle, par Sorezina.

Injections hypodermiques de calomel dans la syphilis constitutionnelle, par Ambrosoli.

Traitement de l'ulcère vénérien chronique par l'iodoforme, par d'Amico.

Étude de la peau chez les pellagreux, etc., par Grifini.

De la ponction de la tunique vaginale comme traitement de l'orchite blennorrhagique, par Ragazzoni et Appiani.

Journal of cutaneous medicine, n° 13, par Purdon.

Notes cliniques sur les maladies de peau, par Erasmus Wilson.

Sur le traitement de la scrofulo-derma, par Milton.

Du mode de traitement des maladies de peau des membres inférieurs, par Spender.

De l'impetigo et de l'ecthyma, par Purdon.

Éruptions herpétiques, etc., observées à Dublin pendant l'année 1869, par Fraser.

Notes sur la thérapeutique cutanée, par Waring Curran.

TABLE

DES MATIÈRES DU TOME DEUXIÈME.

1869 — 1870.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

L

M

N

P

R

S

T

U

V

W

Paris.-Imp. PAUL DUPONT (317-1).